ADAM BUTRYM (Kraków).

WYPADKI SAMOCHODOWE W KRAKOWIE W CIĄGU DZIESIĘCIOLECIA 1924 DO 1934.

Z Zakładów Higjeny (Dyrektor: Prof. Dr. W. Gądzikiewicz) oraz Medycyny Sądowej (Dyrektor: Prof. Dr. J. Olbrycht) Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Wiek ubiegły, noszący miano wieku pary i elektryczności, ustępuje miejsca obecnemu, stojącemu wybitnie pod znakiem motoryzacji. Jednem z poczynań technicznych jest „zmniejszenie przestrzeni", dzięki usprawnieniu środków komunikacyjnych, wśród których na pierwszy plan wysuwa się samochód. Ulice miast roją się od różnego rodzaju samochodów, od wozów osobowych począwszy aż po olbrzymie platformy ciężarowe. Na wąskich ulicach ocierają się o siebie wielkie autobusy komunikacji międzymiastowej, autobusy miejskie, dorożki samochodowe i prywatne samochody osobowe. W pewnych porach dnia, zwłaszcza na ruchliwych skrzyżowaniach ulic, gdy następują zatory pojazdów motorowych i konnych, czy też kolei elektrycznej, dochodzi często do katastrof, których ofiarą pada nierzadko życie ludzkie.

Wynalazki w dziale komunikacyjnym stanowią, jak widzimy, niezależnie od celu, któremu mają służyć, także pewne niebezpieczeństwo publiczne. Pod tym względem pierwsze miejsce przypada samochodom. Samochód, jako środek komunikacyjny, mający na celu umożliwić jaknajszybsze przenoszenie się z miejsca na miejsce, zagraża szerokim sferom ludności ze względu na szybkość poruszania się.

Moment, w którym pierwsze samochody pojawiły się na ulicach miast i szosach, zapoczątkował nowy okres badań, zwłaszcza ze strony medycyny sądowej i społecznej. Od chwili pojawienia się pierwszych samachodów (pierwszy wypadek samochodowy we Wiedniu obserwuje Beykowsky w r. 1899) wyłoniła się sprawa wypadków samochodowych i jej poświęcił szereg prac: Strassmann, Hoffmann, Beykowsky, Parisot, Morin i wielu innych, którzy opierali się na danych, otrzymanych z szeregu państw czy miast. Zastanawiając się nad wypadkami samochodowemi z różnych punktów widzenia można wysnuć wnioski w kierunku zapobiegania nieszczęśliwym wypadkom.

W Krakowie sprawa wypadków samochodowych nie była dotychczas poważnie opracowaną. Wyłania się jednakże konieczność zwrócenia większej uwagi na tę sprawę. Jedno bowiem tylko dziesięciolecie 1924 — 1934 wykazuje znaczną liczbę wypadków na ulicach miasta, bo 1.140, powodujących uszkodzenia ciała, w tem 30 wypadków śmiertel-

nych, a więc ilość, jak na nasze stosunki, bardzo dużą. Wszędzie interwenjowało Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe, skąd zbierałem materjał do niniejszej pracy. (Sposób, w jaki to czyniłem, podaję w ostatnim rozdziale: „O stworzenie statystyki wypadków samochodowych").

Niezależnie od danych, otrzymanych ze Stacji Ratunkowej, opierałem się nadto na 86 protokółach sekcyj osób zmarłych wskutek przejechania samochodami, według materjału Zakładu Medycyny Sądowej U. J. W tej grupie w 20 wypadkach, które rejestrowało Pogotowie Ratunkowe, stwierdzono zejście śmiertelne na miejscu. W pozostałych 66 wypadkach interwenjowało również Pogotowie, nie stwierdzając jednak zgonu na miejscu, lecz przewoziło ciężko rannych do szpitala, gdzie przypadki te zakończone zejściem śmiertelnem zostały skierowane do Zakładu Medycyny Sądowej, celem dokonania sekcji. Tem należy tłumaczyć to, że ze Stacji Ratunkowej otrzymałem tylko 20 przypadków śmierci, podczas gdy łączna ich suma za okres ostatniego dziesięciolecia wynosi 86. Wypadki samochodowe zakończone śmiercią są omawiane w osobnym rozdziale, ujmującym tę sprawę z punktu widzenia sądowo-lekarskiego.

Poczuwam się na tem miejscu do miłego obowiązku złożenia szczerego podziękowania JWPanu Prof. Dr. W. Gądzikiewiczowi, Dyrektorowi Zakładu Higjeny U. J. w Krakowie, za wskazanie mi tak ciekawego i wdzięcznego do opracowania tematu, oraz wyrażenia słów wdzięczności za okazywaną mi cenną i naprawdę życzliwą pomoc, która wytyczyła niniejszej pracy właściwy kierunek.

JWPanu Dziekanowi Prof. Dr. J. Olbrychtowi, Dyr. Zakładu Medycyny Sądowej U. J. wraz z należnemi wyrazami szacunku składam gorące podziękowanie za umożliwienie mi rozszerzenia tematu przez łaskawe udzielenie pozwolenia wykorzystania materjału sekcyjnego, oraz za liczne rady i wskazówki, tyczące się niniejszego tematu.

Na tej również drodze dziękuję JWPanu Dr. Ł. Pileckiemu, lekarzowi grodzkiemu w Krakowie, za szczegóły, dotyczące badania lekarskiego kierowców samochodowych, JWPanu Inż. Otowskiemu, kierownikowi referatu pojazdów mechanicznych Urzędu Wojewódzkiego, za udzielenie szeregu technicznych wiadomości z zakresu automobilizmu, oraz JWPanu Dr. J. Drozdowskiemu, kierownikowi Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego i JWPanu Górce, sekretarzowi tejże Instytucji, za zezwolenie korzystania z materjałów archiwalnych.

Kraków nacechowany jest właściwą średniowieczu architekturą wąskich ulic, zwłaszcza w tych dzielnicach, które stanowią dzisiejsze śródmieście, w ostatnich bowiem dopiero latach peryferje miasta zaczynają rozbudowywać się nowocześnie. Warunki więc lokalne Krakowa nie pozwalają na zorganizowanie ruchu ulicznego, a przedewszystkiem ciągłego ruchu samochodowego, według prawideł i reguł, mających zastosowanie w miastach, budowanych w myśl wymogów nowoczesnej urbanistyki.

Kręte i wąskie oraz bardzo ruchliwe ulice stwarzają specyficzne warunki, w jakich odbywa się ruch pojazdów mechanicznych w Krakowie.

Przyjrzyjmy się bliżej wypadkom samochodowym na terenie Krakowa i zestawieniom statystycznym za okres dziesięciolecia 1924—1934.

Tablica Nr. 1.

Ogólna liczba wypadków samochodowych w Krakowie za lata od 1924 — 1934.

Miesiące	L a t a										Razem
	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	
Styczeń		2		3	4	8	16	10	4	4	51
Luty		7	2	6	10	2	11	2	7	8	55
Marzec	1	1	10	6	2	2	12	9	16	13	72
Kwiecień	1		5	3	7	6	16	13	15	5	71
Maj	1	3	4	7	8	19	24	18	8	19	111
Czerwiec	1	5	10	11	14	22	30	39	16	10	158
Lipiec	2	5	8	15	15	18	21	20	10	9	123
Sierpień	5	5	8	13	9	27	14	20	11	23	135
Wrzesień	5	6	4	11	12	17	15	10	11	13	104
Październik	6	6	4	11	20	13	9	11	13	12	105
Listopad	1	3	1	9	14	18	12	7	11	10	86
Grudzień	6	4	4	8	11	8	10	4	6	8	69
Razem	29	47	60	103	126	160	190	163	128	134	1.140

Rzut oka na tablicę I poucza, że ogólna liczba wypadków w latach od 1924—1934 wynosiła 1.140; dalej, że ilość wypadków z roku na rok stale wzrasta, osiągając w 1930 r. najwyższą cyfrę 190, czyli 16,7% ogólnej sumy. Wzrost ten należy tłumaczyć stale wzrastającą motoryzacją kraju. Od roku 1931 zmniejsza się liczba wypadków, co pozostaje w związku ze zmniejszonym ruchem samochodowym, wywołanym z jednej strony kryzysem ekonomicznym, z drugiej zaś strony, znaczną podwyżką opłat od pojazdów mechanicznych. Niewątpliwie w znacznej mierze przyczyniają się do tego zmniejszenia się także zarządzenia ochronne władz, regulujących uliczny ruch kołowy.

Badając liczbę wypadków samochodowych ubiegłego dziesięciolecia w Krakowie wedle poszczególnych miesięcy zauważymy, że największy odsetek przypada na miesiące letnie. Rekordowy pod tym względem jest miesiąc czerwiec—158 wypadków (13,9%), sierpień—135 (11,8%), lipiec — 123 (10,8%), maj — 111 (9,7%). W wytłumaczeniu tego mogą niewątpliwie odgrywać pewną rolę czynniki takie, jak: rozpoczynający się upał, mogący, jak wiemy, działać hamująco na sprawność fizyczną i umysłową, dalej czas wakacyjny i urlopów, a więc spacerów i wy-

cieczek, czyli innemi słowy najsilniejszego natężenia ruchu przechodniów na ulicach.

Aby wykazać, czy różnice w odsetkach wypadków między temi miesiącami są rzeczywiste, czy też przypadkowe, zastosowałem rachunek prawdopodobieństwa, posiłkując się w tym celu tablicą Dawidowa[1]). Weźmy dla przykładu miesiące lipiec i sierpień:

$$S = 1140$$

Lipiec	Sierpień
$m = 123$	$m_1 = 135$
$\frac{m}{S} = \frac{123}{1140} = 0{,}107$	$\frac{m_1}{S} = \frac{135}{1140} = 0{,}118$
$P = 10{,}7$	$P_1 = 11{,}8$
$r = 3$	$r_1 = 3$

$$3^2 + 3^2 = 18$$
$$(11{,}8 - 10{,}7)^2 = 1{,}21$$
$$18 > 1{,}21$$

Widzimy więc, że suma kwadratów odchyleń jest większa od kwadratu różnicy prawdopodobieństw, wobec tego różnica jest przypadkowa. A więc nie można twierdzić, że sierpień więcej sprzyja wypadkom, niż lipiec. To samo wykazuje rachunek prawdopodobieństwa w odniesieniu do różnic między innemi miesiącami lata.

Jeżeli jednak liczbę wypadków zwiększymy, sumując ją według pór roku, a mianowicie zima — wiosna — lato — jesień, to okaże się, że różnice w ilości wypadków między temi porami roku nie są przypadkowe, lecz r z e c z y w i s t e, jak to widać z następujących obliczeń:

$$S = 1140$$

Zima	Wiosna
$m = 175$	$m_1 = 254$
$\frac{m}{S} = \frac{175}{1140} = 0{,}153$	$\frac{m_1}{S} = \frac{254}{1140} = 0{,}223$
$P = 15{,}3$	$P_1 = 22{,}3$
$r = 3$	$r_1 = 3$

$$3^2 + 3^2 = 18$$
$$(15{,}3 - 22{,}3)^2 = - 7^2 = 48$$
$$18 < 48$$

Wynika z nich, że suma kwadratów odchyleń jest mniejsza od kwadratu różnicy prawdopodobieństw, czyli że różnica jest r z e c z y w i s t a.

---

[1]) Por. Gądzikiewicz: Najprostsze sposoby zastosowania rachunku prawdopodobieństwa w pracach lekarskich. Warszawa 1928; oraz Karaffa-Korbut: Zarys higjeny. Wilno 1925.

$$S = 1140$$

Lato

$$m = 416$$
$$\frac{m}{S} = \frac{416}{1140} = 0{,}364$$
$$P = 36{,}4$$
$$r = 4$$

Jesień

$$m_1 = 295$$
$$\frac{m_1}{S} = \frac{295}{1140} = 0{,}2587$$
$$P_1 = 25{,}87$$
$$r_1 = 4$$

$$4^2 + 4^2 = 32$$
$$(36{,}4 - 25{,}87)^2 = 10{,}53^2 = 110{,}9$$
$$32 < 110{,}9$$

Tablica Nr. 2 przedstawia podział wypadków według dni tygodnia.

Tablica Nr. II.

Ogólna liczba wypadków samochodowych w Krakowie za lata od 1924 do 1934 według dni tygodnia.

Dnie	L a t a										Razem
	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	
Poniedziałek	9	16	14	28	23	30	34	28	19	14	215
Wtorek	4	2	6	17	16	30	29	18	20	33	175
Środa	1	1	4	3	19	12	24	21	14	23	122
Czwartek	2	3	3	6	19	28	27	24	18	9	139
Piątek	3	8	5	11	13	16	26	17	22	20	141
Sobota	6	10	16	18	18	24	25	28	19	18	182
Niedziela	4	7	12	20	18	20	25	27	16	17	166
Razem	29	47	60	103	126	160	190	163	128	134	1.140

W tablicy tej zwraca uwagę ciekawy fakt, iż trzy dni z rzędu, a to: sobota, niedziela i poniedziałek wykazują znaczną liczbę katastrof samochodowych. Sobota (182 wypadki, t. j. 16%), jako dzień traktowany w formie półświęta, t. zw. „sobota angielska", przyczynia się do wzmożenia ruchu ulicznego, ułatwiającego wypadki. Ruch ten utrzymuje się na tym samym mniej więcej poziomie w niedzielę (166 wypadków, t. j. 14,6%), a w poniedziałek, jako dzień poświąteczny, zarazem pierwszy roboczy tygodnia jeszcze wzrasta do 215 wypadków stanowiących 18,9%. Przeprowadzony rachunek prawdopodobieństwa między dniami tygodnia za okres dziesięciolecia stwierdza różnicę tylko przypadkową, z wyjątkiem wypadków, które miały miejsce w niedziele i poniedziałki, gdzie różnica ta jest r z e c z y w i s t a, jak widzimy z następujących obliczeń:

$$S = 1140$$

Poniedziałek

$$m = 215$$
$$\frac{m}{S} = \frac{215}{1140} = 0{,}188$$
$$P = 18{,}8$$
$$r = 3$$

Niedziela

$$m_1 = 166$$
$$\frac{m_1}{S} = \frac{166}{1140} = 0{,}145$$
$$P_1 = 14{,}5$$
$$r_1 = 3$$

$$3^2 + 3^2 = 18$$
$$(18{,}8 - 14{,}5)^2 = 4{,}3^2 = 18{,}5$$
$$18 < 18{,}5$$

Największa liczba wypadków z całego tygodnia w poniedziałek, t. j. 215 (18,9%) wskazuje, iż pewien wpływ mają tu niewątpliwie skutki zabaw i rozrywek niedzielnych, objawiające się nietrzeźwością, pośpiechem na skutek niewyspania, brakiem należytej uwagi wskutek przemęczenia i t. p.

Podobnie rzecz się przedstawia, jak poucza higjena zawodowa, w zakładach przemysłowych, gdzie także największa ilość nieszczęśliwych wypadków zdarza się w poniedziałki.

Znaczna ilość wypadków ma miejsce również w dni targowe, a to wtorki (175, czyli 15,4%) i piątki (141 — 12,4%), w które to dni panuje na ulicach miasta ożywiony ruch i to nietylko mieszkańców miasta, lecz również przybyłych ze wsi włościan, niezawsze obytych z ruchem pojazdów samochodowych i nieobeznanych z sygnałami policji, regulującej ruch kołowy.

Tablica Nr. III.

Ogólna liczba wypadków samochodowych w Krakowie za lata 1924 do 1934 według dni i godzin.

Godzina wypadków	Poszczególne dnie wypadków							Razem
	Pon.	Wtorek	Środa	Czwart.	Piątek	Sobota	Niedz.	
1	2	2	1	—	—	1	1	7
2	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	—	—	—	—	—	—	—
4	—	—	—	—	—	—	—	—
5	—	—	—	—	—	—	—	—
6	1	—	—	—	2	—	1	4
7	3	1	—	2	—	—	3	9
8	11	5	6	4	7	9	4	46
9	12	5	7	5	8	11	8	56
10	12	6	15	10	17	14	6	80
11	15	19	4	12	9	11	9	79
12	21	12	7	7	9	15	10	81
13	16	15	11	18	12	8	11	91
14	13	15	6	13	6	15	6	74
15	16	10	14	11	18	4	9	82
16	22	15	9	12	16	18	14	106
17	15	14	8	9	6	16	12	80
18	23	16	9	6	9	14	24	101
19	11	15	6	12	8	17	18	87
20	7	10	7	7	8	5	18	62
21	8	6	6	5	3	9	4	41
22	4	5	5	4	2	8	1	29
23	2	4	1	2		5	5	19
24	1				1	2	2	6
Razem	215	175	122	139	141	182	166	1.140

Badając życie miasta widzimy, że w pewnych godzinach, gdy miasto tętni ruchem, zdarza się największa liczba wypadków. Pierwsze miejsce zajmują godziny powrotu z pracy, względnie udawania się pracowników na obiad. Pora popołudniowa — godzina 13 wykazuje 91 wypadków, t. j. 8%; największa jednak ilość wypadków, bo 106, czyli 9,3% przypada na godzinę 16, która stanowi porę obiadową i czas wychodzenia pracowników z biur i fabryk. Niewiele mniejsza liczba wypadków przypada również na porę zmierzchu, gdy niezawsze jeszcze naczas zabłysną światła; godzina 18 wykazuje 101 wypadków, t. j. 8,9%. Wczesne godziny ranne, a to 4, 5 i 6 (4 wypadki 0,34%) wykazują minimalny odsetek, wówczas bowiem ruch samochodowy jest nader słaby.

Tablica Nr. IV.

Liczba wypadków samochodowych w Krakowie za lata od 1924 — 1934 według płci i wieku.

Wiek	Płeć męska	Płeć żeńska	Razem
0 — 4	11	6	17
5 — 9	56	27	83
10 — 14	59	24	83
15 — 19	64	38	102
20 — 24	116	60	176
25 — 29	113	38	151
30 — 34	90	27	117
35 — 39	56	21	77
40 — 44	62	21	83
45 — 49	31	17	48
50 — 54	33	21	54
55 — 59	19	8	27
60 — 64	22	19	41
65 — 69	26	16	42
70 — 74	12	10	22
75 — 79	10	7	17
Razem	780	360	1.140

Osoby ulegające przejechaniom (podaję w kolejności malejących liczb) to najczęściej ludzie młodzi od 20—24 lat (176 wypadków) czyli 15,4%, a następnie od 25—29 lat — 151, czyli 13,2%, oraz 30—34 lat — 117 wypadków (10,3%). Jest to zrozumiałe, ponieważ osoby w wieku od 20—34 lat najliczniej znajdują się na ulicach miasta, czy to spiesząc do pracy, czy za interesami, czy też zażywając spaceru. Następną pozycję zajmuje młodzież w wieku od lat 15—19 (102 wypadki, a więc 9%).

Przyczynę jest tu łatwo znaleźć. Tkwi ona w lekkomyślności powodującej nierzadko chęć pseudo-odwagi, czy zimnej krwi, przejawiającej się naprzykład w nieschodzeniu, mimo sygnału samochodu z jezdni, wyskakiwaniu z tramwaju, połączonem z przypadkowem dostaniem się pod koła samochodu. Również dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym ulegają często katastrofom samochodowym. U dzieci wieku szkolnego do 14-tego roku życia wypadki te (83 wyp. czyli 7,3%) powoduje brak rozwagi i orjentacji, a czasem idąca za przykładem starszych kolegów szkodliwa „brawura", nakazująca im wystawianie się na niebezpieczeństwo. U dzieci w wieku przedszkolnym znaczny wpływ posiada brak należytej opieki ze strony rodziców, czy starszego rodzeństwa. Dzieci pozostawione bez dozoru zabawiają się na jezdni, lub przebiegają przez ruchliwe punkty. Wiek lat 50 stanowi pewną granicę w ilości wypadków, które odtąd zaczynają ilościowo maleć (od 33—10 wyp.). Niewątpliwie odgrywa tu pewną rolę i rzadsze ukazywanie się ludzi starszych na ulicach, jak i większe ich doświadczenie życiowe.

Jest rzeczą godną uwagi, iż osoby płci żeńskiej stają się o wiele rzadziej ofiarą katastrofy. Na ogólną ilość 1140 przejechanych było 780 (68,4%) mężczyzn, a 360 (31,6%) kobiet. Zależy to zapewne od pewnej lękliwości, która charakteryzuje kobiety.

Jeżeli skolei przejdziemy zawody osób poszkodowanych, to okazuje się, iż największy odsetek ludzi ulegających wypadkom stanowią robotnicy (20,3%), oraz osobnicy bez zajęcia (19,3%), do których zaliczono wędrowców, włóczęgów, żebraków i t. p. Ofiarami katastrof samochodowych są w największej liczbie robotnicy, a to dlatego, że znaczna ich ilość jest zajęta z racji swego zawodu na jezdniach (brukarze, robotnicy ziemni, robotnicy przy kablach, szynach tramwajowych). Ponadto robotnicy, spiesząc o zmroku do domu na peryferjach miasta przez wąskie i źle oświetlone ulice są narażeni na wypadki. Znaczny stosunkowo procent stanowią także uczniowie (11,8%), służba (8,6%) i urzędnicy (8,5%). Powody wypadków uczniów zostały już wyjaśnione powyżej. Co się zaś tyczy służby, to stanowią ją zarówno służące, jak też i gońcy różnych firm, a więc osoby będące w szybkim ruchu, wysyłane terminowo w różne, nieraz bardzo ożywione punkty miasta. Co do urzędników, to możliwe, że pewną rolę odgrywa u nich przemęczenie umysłowe i spowodowany niem brak szybkiej orjentacji, oraz znaczny i szybki wzrost ruchu ulicznego w porze opuszczania biur. W innych zawodach stwierdza się tylko minimalne procenty.

Tablica Nr. V.

Umiejscowienie obrażeń, w odniesieniu do poszczególnych części ciała, w liczbach bezwzględnych i procentach.

Części ciała	Liczby bezwzględne		Procenty	
Głowa . . .	498		29,8	
Szyja	6		0,4	
Klatka piersiowa (przód) . .	80		4,8	
Brzuch i miednica . .	60		3,6	
Narządy płciowe . .	0		0	
Plecy	16		1	
Kończyny górne . . .	381		22,8	
w tem: ramię . . .		59		(3,5)
przedramię . .		155		(9,3)
kiść i palce . .		167		(10)
Kończyny dolne . .	534		32	
w tem: udo . . .		121		(7,3)
podudzie i kolano .		334		(20)
stopa i palce . .		79		(4,7)
Bez lokalizacji . . .	94		5,6	
Razem	1669		100%	

Jeżeli weźmiemy pod uwagę umiejscowienie obrażeń, przedewszystkiem rzuca się w oczy to, iż najczęstsze obrażenia dotyczą kończyn dolnych (32%) oraz głowy (29,8%), a następnie kończyn górnych (22,8%).

Fakt ten można tłumaczyć mechanizmem najechania wozu. Przechodzień mianowicie znajduje się w ruchu lub też stoi w miejscu, nisko zaś osadzone lub wystające części jadącego samochodu (koła, zderzaki, chłodnica, latarnie) uderzają kończyny dolne, w następstwie czego przechodzień zostaje obalony na ziemię, przyczem ulega uszkodzeniu także głowa i kończyny górne. Jeżeli zaś samochód znajdując się w szybkim ruchu i nie zahamowany naczas najeżdża wprost na przechodnia, wówczas następuje właściwe przejechanie, podczas którego ulega uszkodzeniu klatka piersiowa (4,8%) i inne części ciała.

Tablica Nr. VI.

Poszczególne rodzaje obrażeń w liczbach bezwzględnych i procentach.

Poszczególne rodzaje obrażeń	Liczby bezwzględne	Procenty
Na skórze: otarcia, odrapania, sińce, stłuczenia . .	760	49.8
Złamania . . .	211	13,9
Rany darte . . .	210	13,8
Rany tłuczone . . .	192	12,6
Rany cięte . . .	121	7,9
Rany miażdżone . .	14	0,9
Rany szarpane . . .	8	0,5
Zwichnięcia . . .	5	0,3
Skręcenia . . .	4	0,3
Razem	1525	100

Rodzaje obrażeń są różnorodne. Najwięcej, bo 49,8%, przypada na otarcia, odrapania, sińce i stłuczenia, a również poważną pozycję zajmują złamania (13,9%), rany darte (13,8%). Inne, jak rany tłuczone (12,6%), rany cięte (7,9%), miażdżone i szarpane, oraz zwichnięcia dają procentowo niższe cyfry. Dane przytoczone powyżej odnoszą się po największej części do obrażeń stosunkowo lekkich. Nieco inaczej będą się one przedstawiały przy ciężkich uszkodzeniach ciała, zakończonych zejściem śmiertelnem, na co zwrócę uwagę w odpowiednim rozdziale.

Przyczyny wypadków samochodowych.

Przyczyny wypadków samochodowych mogą być następujące:

1) nieostrożność przechodnia,

2) nieuwaga kierowcy,

3) wadliwa regulacja ruchu,

4) ciasnota ulic, nieproporcjonalna do szybkiego wzrostu ruchu kołowego, wreszcie

5) uszkodzenia urządzeń kierowniczych lub hamulcowych.

Z dotychczasowego doświadczenia wynika, że najczęstszą przyczyną wypadków samochodowych jest i kierowca i przechodzień.

Przyczyny wypadków samochodowych powstałych z winy przechodniów.

Jeżeli chodzi o Kraków, to niestety nie mogę dać bliższych danych, ponieważ odnośnej rejestracji nie uwzględniano. Mogę tylko oprzeć się na opinji znawców wypadków samochodowych, którzy stwierdzają, że dużą winę ponosi sama publiczność spowodu niewłaściwego korzystania z jezdni dla niej nieprzeznaczonej, lekceważenia i niestosowania się do przepisów. Nieostrożne przechodzenie przez jezdnię w niestrzeżonem miejscu, schodzenie na jezdnię bez uważnego obejrzenia i zorjentowania się w warunkach, oczekiwanie na tramwaj poza oznaczonem do tego miejscem, wskakiwanie lub wyskakiwanie w biegu, czepianie się innych pojazdów, wszystko to nietylko hamuje ruch, ale naraża na wypadki, których kierowca często nie jest w stanie uniknąć. Według statystyki Berlina (Schmich 1930 r.) przechodnie byli bezpośrednią przyczyną w 20% wypadków automobilowych.

Nietrzeba jednak dodawać, że do dostania się przechodnia pod samochód przyczynia się nieraz nietylko jego nieostrożność, będąca wynikiem chwilowej nieuwagi, lecz również brak pełni władz tak umysłowych, jak i fizycznych. Chodzi tu z jednej strony o ludzi upojonych alkoholem, z drugiej zaś o przechodniów, nie posiadających dostatecznej pobudliwości i zdolności szybkiej reakcji na podniety zewnętrzne, lub tracących zimną krew i orjentację na widok nadjeżdżającego samochodu.

Przyczyny wypadków samochodowych powstałych z winy kierowców.

Należy wziąć pod uwagę przekroczenia odpowiednich przepisów, popełniane przez kierowców. Nadmierna szybkość, nieprawidłowe skracanie zakrętów, wyprzedzanie innych pojazdów, nieprzestrzeganie prawa pierwszeństwa u zbiegu dróg i ulic, jazda po niewłaściwej stronie drogi, niedawanie odpowiednich sygnałów, nieostrożne cofanie się, wyjeżdżanie na części drogi, nieprzeznaczone dla samochodów, n. p. na chodniki — oto przyczyny wypadków z winy kierowców.

Alkoholizm wśród kierowców samochodowych.

Oprócz wyżej wymienionych przyczyn, ważną rolę odgrywa alkoholizm wśród kierowców. Jak się przedstawia sprawa alkoholizmu wśród naszych szoferów, niestety, nie wiemy. Odnośnej statystyki nie prowadzi się u nas dotychczas.

Ciekawe są pod tym względem dane liczbowe, otrzymane w Kopenhadze: za okres czteroletni od r. 1922 — 1926 zatrzymano 400 kierowców samochodowych. Na 400 osób badanych w sposób ambulatoryjny, podług specjalnego schematu, ustalonego przez tamtejszą Radę sądowo-lekarską, uznano jako znajdujących się w stanie upicia 22 (5,5%), w stanie lekkiego podpicia 243 (61%), a tylko 65 (16%) znajdowało się w stanie normalnym. (Przytoczone według Grzywo-Dąbrowskiego).

Poruszając sprawę alkoholizmu wśród szoferów chciałbym dodać, że na podstawie najnowszych metod (Widmark, Nicloux) można określić zawartość alkoholu w krwi i w ten sposób przekonać się o stanie trzeźwości kierowcy w chwili wypadku. Heise (1934) na 199 wypadków zaledwie w 45 stwierdził u prowadzącego auto mniej niż 0,02% alkoholu we krwi. Autor ten uznaje tę normę za granicę, powyżej której uważać można wypadek za wywołany działaniem alkoholu. Następnie autor ten przeprowadził badania nad wpływem alkoholu na sprawność różnych czynności szoferskich, dając po 150 ccm alkoholu kierowcom samochodowym; u żadnego nie stwierdził zatrucia alkoholowego w zwykłem zrozumieniu wyrazu. Wszyscy bez trudu wykonywali zwykłe czynności, wymagane od prowadzącego samochód w mieście Natomiast znacznie gorzej wykonywali wszystkie czynności niezmechanizowane, n. p. mijanie położonych na drodze przeszkód, cofanie wozu, szybkość użycia hamulca i t. d. Wszyscy badani przyznali się, że się gorzej orjentują i że odczuwają jużto depresję, jużto podniecenie. U żadnego z badanych alkohol nie przewyższał 0,01%. Autor ten jest zatem zdania, że najbardziej niebezpieczny nie jest wyraźnie pijany, lecz zwykły pijący kierowca.

Skłonność zatem do picia czyni szofera niezdolnym do prowadzenia samochodu.

Biorąc pod uwagę wzrastającą ilość wypadków samochodowych w Krakowie, należałoby i u nas zastosować wyżej podane badania kierowców zatrzymanych w związku z wypadkami, albo nawet i wtedy, gdy istnieje uzasadnione podejrzenie, że szofer znajduje się w stanie podchmielenia.

Sprawność fizyczna i psychiczna kierowcy samochodowego.

Dużą rolę w wypadkach odgrywa również stan fizyczny kierowcy, jak zaburzenia wzroku i słuchu, schorzenia narządów wewnętrznych, a także stan jego psychiczny, n. p. rozdrażnienie, złe usposobienie, przemęczenie wielogodzinnem prowadzeniem pojazdu, które może spowodować przytępienie uwagi i osłabienie reakcji na bodźce zewnętrzne.

Większość atoli wypadków jest wywołana nie jakąś jedną przyczyną, ale całym splotem różnych okoliczności. Głębsza analiza szeregu wypadków może pozwolić nietylko na niewątpliwe ustalenie i wykrycie ich przyczyny, oraz wymierzenie sprawiedliwości winnym, lecz również wskaże, jaką drogą trzeba postępować, by w przyszłości ilość wypadków przejechań zmniejszyła się, lub zupełnie została usunięta.

Jak już wspomniałem, w przeważającej ilości wypadków winę ponosi w Krakowie sama publiczność. Z chwilą wprowadzenia dorożek samochodowych liczba przejechań nagle zwiększyła się. Powyższy objaw tłumaczymy tem, że publiczność nie była przyzwyczajona do ruchu samochodowego i nie umiała chodzić. Ludzie bowiem oddawna przyzwyczajeni, że ulica należy do nich, z trudnością przyzwyczajają się do korzystania tylko z chodników i wysepek ulicznych.

Jakie postępowanie należy zastosować względem społeczeństwa?

Wychowanie społeczeństwa musi postępować drogą ewolucji, gdyż żadne nagłe zmiany nie wiele pomogą. Nie pomogą ani wzmożone kary doraźne, ani jednorazowo zorganizowany tydzień, czy miesiąc nauki chodzenia po ulicach. Ochrona przed wypadkami musi postępować drogą publicznych objaśnień przez szkoły, prasę, urzędy. Konieczne jest natychmiastowe rozpoczęcie propagandy celem uświadomienia społeczeństwa o niebezpieczeństwach, jakie mu grożą ze strony ruchu samochodowego. (Fachowcy-automobiliści twierdzą jednak, że w naszych warunkach prócz tych środków konieczne są także represje i doraźne kary). Potrzebna tu jest pomoc nietylko władz i prasy, lecz w głównej mierze szkoły. We wszystkich

szkołach, tak miejskich. jak i wiejskich, powinny być prowadzone pogadanki o zachowaniu się na drodze i ulicy. W niektórych ruchliwych punktach ulic należałoby umieścić specjalne ilustracje z objaśnieniami o zachowaniu się publiczności. Duże usługi może nam dać radjo przez organizowanie i nadawanie krótkich pogadanek. Wiemy bowiem na podstawie naszej statystyki, że wśród ofiar ruchu ulicznego znajduje się dużo dzieci i młodzieży szkolnej spowodu lekkomyślności i braku zastanowienia.

Propaganda taka prowadzona na jaknajszerszą skalę musi być bardzo intensywną, aby ostrożność na ulicy wśród przechodniów przeszła poprostu w nałóg.

Jakie postępowanie należy zastosować względem szoferów, by usunąć liczbę przejechań powstałych z ich winy.

Do zawodu szoferskiego powinny być dopuszczane osoby całkowicie sprawne tak pod względem fizycznym, jak i psychicznym; to też zupełnie słuszne jest poddawanie wszystkich kandydatów na kierowców badaniom lekarskim celem stwierdzenia, czy w ustroju ich nie kryją się takie wady, które mogłyby stać się przyczyną późniejszych wypadków.

W Polsce każdy ubiegający się o prawo jazdy podlega badaniom lekarskim i dopiero na podstawie przedłożonego świadectwa lekarskiego jest dopuszczony do egzaminu szoferskiego.

Badania lekarskie kandydatów na kierowców automobilowych przeprowadzane są w Polsce w myśl rozporządzenia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Depart. V. Służby Zdrowia według następującego schematu:

I) Czy ruchy głową i tułowiem są dokładne i dostatecznie szybkie?

II) a) czy siła i sprawność mięśni kończyn górnych i dolnych jest dostateczna?
b) czy ruchy ścięgien w tychże kończynach są swobodne?
c) czy ruchy w stawach tychże kończyn są swobodne?
d) czy niema skróceń kończyny, lub braku części kończyny (np. palców)?

III) a) siła wzroku: oko prawe
bez korrekcji
z korrekcją
oko lewe
bez korrekcji
z korrekcją
b) czy pole widzenia nie jest ścieśnione?
c) czy niema zeza lub porażeń mięśni oka?
d) czy istnieje ślepota zmierzchowa?
e) czy istnieją inne wady lub choroby oczu i ich osłon?
f) czy rozróżnia barwy?

IV) Słyszy szept:
uchem prawem z odległości m.
uchem lewem z odległości m.

V) Czy są objawy:
a) nerwicy wyższego stopnia (neurasthenia)?
b) paraliżu postępującego (paralysis progressiva)?
c) innych chorób umysłowych?
d) wiądu (tabes)?
e) innych chorób rdzenia kręgowego?
f) padaczki (epilepsia)?
g) zawrotu głowy (vertigo)?
h) czy odruchy głowy są prawidłowe?
i) czy niema opóźnienia ruchów zwrotnych?
j) czy zmysł czucia i władza czucia są prawidłowe?
k) ewentualnie czy i dlaczego zachodzi potrzeba przeprowadzenia badań psychotechnicznych?

VI) Czy są objawy:
a) używania narkotyków i jakich?
b) nadużywania alkoholu?

VII) Czy istnieją u badanego inne choroby, któreby podczas jazdy mogły zagrażać bezpieczeństwu publicznemu?

VIII) Czy istnieją u badanego choroby, co do których spodziewać się należy, że pogorszą stan zdrowia badanego przy wykonywaniu przez niego pracy kierowcy samochodowego?
jakie?

IX) Czy badanego ostrzeżono o tem?

X) Czy badany może kierować pojazdem mechanicznym?

Przy badaniu lekarskiem główny nacisk powinno się kłaść na narząd wzroku i słuchu. Szereg autorów podaje ważność badania tychże narządów, jako niewątpliwie niezbędnych do prowadzenia pojazdu.

W Polsce wymagana jest odpowiednia siła wzroku obu ócz. Zdolność widzenia jednem tylko okiem jest niedostateczna. Siła wzroku przy nieścieśnionem polu widzenia musi wynosić bez szkieł lub ze szkłami w jednem oku przynajmniej 0,5, a w drugim 0,2 normalnej siły wzroku pod warunkiem, że niema żadnych chorób, któreby mogły sprowadzić dalsze osłabienie siły wzroku. Osoby dotknięte zezem, które zazwyczaj używają jednego oka do dokładnego patrzenia, mogą być dopuszczone do kierowania samochodem wówczas, gdy siła wzroku lepszego oka wynosi 0,7, gorszego 0,2, przy nieścieśnionem polu widzenia, pod warunkiem, że niema chorób zagrażających wzrokowi. Poza tem kierowca nie może cierpieć na ślepotę zmierzchową (Hemeralopia) i musi posiadać zdolność rozróżniania barw: czerwonej, zielonej i niebieskiej. Według S i m o n i n a (1931) ślepota zmierzchowa jest w przeciwieństwie do daltonizmu i zeza ważną podstawą do odmówienia świadectwa. Kierowca, używający szkieł korrygujących, winien mieć zawsze przy sobie szkła zapasowe. Od kandydata na kierowcę samochodowego należy wymagać, aby siła wzro-

ku bez użycia szkieł korrygujących odpowiadała wymaganiom wyżej podanym.

Przy badaniu słuchu należy zwrócić uwagę, aby szept był słyszalny dla obu uszu z odległości conajmniej 4 metrów. Następnie przyszły kierowca powinien słyszeć nietylko szmer, ale także wszelkie sygnały akustyczne. Również ważne znaczenie ma badanie narządu równowagi.

Ponadto trzeba brać pod uwagę stan narządów wewnętrznych, jak: serca, naczyń krwionośnych i systemu nerwowego. H u f n a g e l (1933) wymaga, aby ciśnienie skurczowe nie przekraczało 130 mm Hg i dlatego żąda, by szoferów badać ponownie po 50 roku życia. Autor ten przytacza przypadek, gdy 60-letni szofer, przy chwilowej utracie świadomości wskutek zaburzenia w krążeniu, spowodował wypadek automobilowy.

Każdy lekarz w Polsce może wydać świadectwo lekarskie kandydatom na kierowców samochodowych. Aby jednak uniknąć niepotrzebnych niedopatrzeń, możliwych z tej przyczyny, że niekażdy lekarz prywatny posiada schemat świadectwa lekarskiego dla kierowców i niekażdy może być w wymaganiach odpowiednio zorjentowany, byłoby wskazanem, aby badania kandydatów na kierowców przeprowadzali lekarze urzędowi. Koniecznem jest, aby przy Urzędach Wojewódzkich wydających świadectwa szoferskie funkcjonowały komisje lekarskie z lekarzy-specjalistów (okulista, otjatra, internista), które orzekałyby o tem, czy dany kandydat odpowiada wymaganiom zdrowotnym koniecznym dla szofera. Badania te powinny być połączone z badaniami psychotechnicznemi, o czem niżej.

Badanie lekarskie, samo w sobie proste, wymaga jednak pewnego nastawienia i uwagi na rodzaj kandydatów. Ma się tutaj do czynienia z elementem w zasadzie zdrowym, zamiłowanym do zawodu szoferskiego, a przez to niejednokrotnie usiłującym wbrew wszelkim przepisom osiągnąć swój cel, mimo wad organicznych, sprzeciwiających się wydaniu licencji. Specjalnie chodzi tu o wzrok i słuch. Na tem tle kandydaci usiłują wprowadzić lekarza w błąd i tutaj lekarz musi mieć uwagę specjalnie zwróconą i dysponować pewną rutyną, żeby świadectwo odpowiadało stanowi faktycznemu. Tembardziej, że wady takie zdarzają się rzadko i lekarz nastawiony na ludzi zdrowych może pominąć wady, jak: kataraktę, nieżyt ucha środkowego z upośledzeniem słuchu, braków palców i t. d.

Wydanie świadectwa kandydatowi z wadą organiczną może mieć następujące skutki:

Np. szofer z jednem okiem otrzymuje licencję:

1) Katastrofa.

2) Tłumaczenie w sądzie „przecież ja nie winien, ja źle widzę, lekarz uznał mnie za zdolnego, to jest wina lekarza". Lekarzowi trudno się bronić, bo faktem jest, że wystawił świadectwo osobnikowi z jednem okiem.

Psychotechnika w automobiliźmie.

Wszystkie te badania nie uwzględniają psychiki i umysłowości danego człowieka. Są one bowiem tylko badaniami anatomiczno-fizjologicznemi i powinny koniecznie być także uzupełnione badaniami psychotechnicznemi. W tym celu trzeba kierować wszystkich ubiegających się o prawo jazdy do pracowni psychotechnicznej. Badania psychotechniczne powinny ujawnić stopień doskonałości poszczególnych zmysłów badanego. Kandydat musi wykazać szybką orjentację i wogóle zespół tych cech psychicznych, które są niezbędne kierowcy wśród ruchu po ożywionych dzielnicach miasta.

Podobnie, jak w szeregu wielkich miast kontynentu europejskiego i amerykańskiego zaczęto także i u nas w Polsce poddawać badaniom psychotechnicznym kandydatów na szoferów. Pierwszy instytut psychotechniczny powstał w Warszawie. Również w Krakowie istnieje placówka psychotechniczna, gdzie są przeprowadzane odpowiednie badania. Przymusu jednak badań psychotechnicznych dla szoferów samochodowych ustawa w Polsce nie przewiduje. Bada się tylko tych, którzy są niepewni tak pod względem psychotechnicznym, jak i z zakresu zasadniczych wiadomości intelektualnych. Ustawa jednak powinna przewidywać badania psychotechniczne nietylko osób niepewnych, lecz wszystkich ubiegających się o prawo jazdy, podobnie, jak to wprowadzono zagranicą.

Badania lekarskie winny być przeprowadzone nie jednorazowo przy wydawaniu świadectwa, jak to dotychczas u nas jest praktykowane, lecz perjodycznie, conajmniej co trzy lata, zwłaszcza u tych kierowców, którzy mieli już wypadek samochodowy powstały z ich winy. To samo dotyczy i badań psychotechnicznych. Dokładne określenie jak często należy poddawać badaniom lekarskim szoferów, będzie można ustalić dopiero w przyszłości na podstawie dokładnej analizy statystyki prawidłowo zebranego materjału statystycznego.

Kontrola wozów.

Ostatnim czynnikiem powodującym wypadki samochodowe może być — jak już na wstępie zaznaczyłem — niesprawność samego wozu.

Niezawsze wypływa ona z niedopatrzenia szofera, często jednak, niestety, pochodzi z jego winy. Kierowca przed wyjazdem powinien dokładnie zbadać cały wóz i wszelkie ewentualne braki uzupełnić.

Celem badania sprawności wozów istnieje wprawdzie w Krakowie przy Urzędzie Wojewódzkim kontrola pojazdów mechanicznych, jednak jest ona zaledwie raz w roku przeprowadzana i dotyczy tylko pojazdów zarobkowych. Oczywiście kontrola taka jest niewystarczająca. Ze względu na bezpieczeństwo publiczne wszystkie pojazdy mechaniczne zarobkowe winny być, zdaniem fachowców, poddawane perjodycznej, bardzo ścisłej kontroli technicznej, conajmniej co trzy miesiące. Pojazdy służące do użytku własnego powinny być badane raz w roku. Nie można bowiem liczyć na sumienność kierowców, którzy, czyto z niedopatrzenia, czyto ze względów czysto materjalnych prowadzą niekiedy pojazdy z uszkodzeniami urządzeń kierowniczych lub hamulcowych.

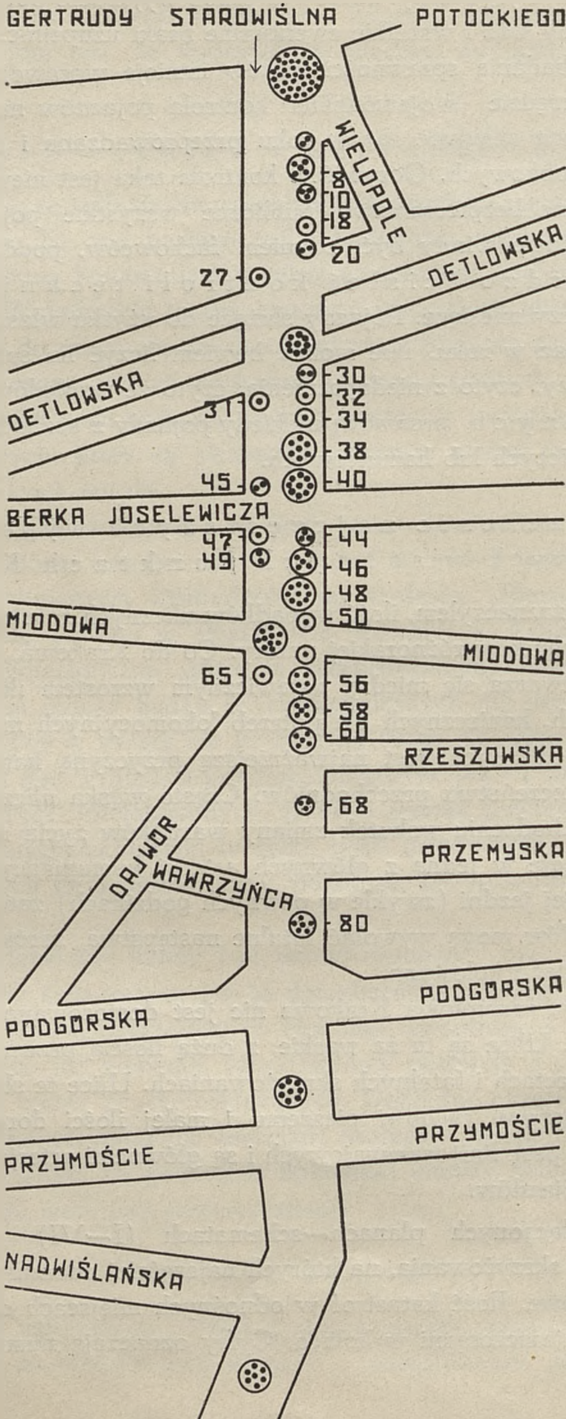
Rozmieszczenie najczęstszych wypadków samochodowych w różnych punktach Krakowa.

Jak już zaznaczyłem, ilość wypadków ulicznych zależna jest od bardzo wielu czynników różnorakiej natury. Co do Krakowa, to dysproporcja, jaka wytwarza się między ustawicznym wzrostem ilości pojazdów mechanicznych, koniecznych dla potrzeb lokomocyjnych miasta, a zmianą urządzeń ulicznych, jest najważniejszą przyczyną katastrof, grożących niebezpieczeństwu przechodniów. Często wąska uliczka o średniowiecznem pochodzeniu wskutek zmiany warunków życia miejskiego zamienia się nagle w jedną z głównych arteryj komunikacyjnych, a wytworzone na jej jezdni (zwykle w pewnych godzinach) zatory różnej kategorji pojazdów mogą wywołać fatalne następstwa, zarówno dla ruchu pieszego, jak też i kołowego.

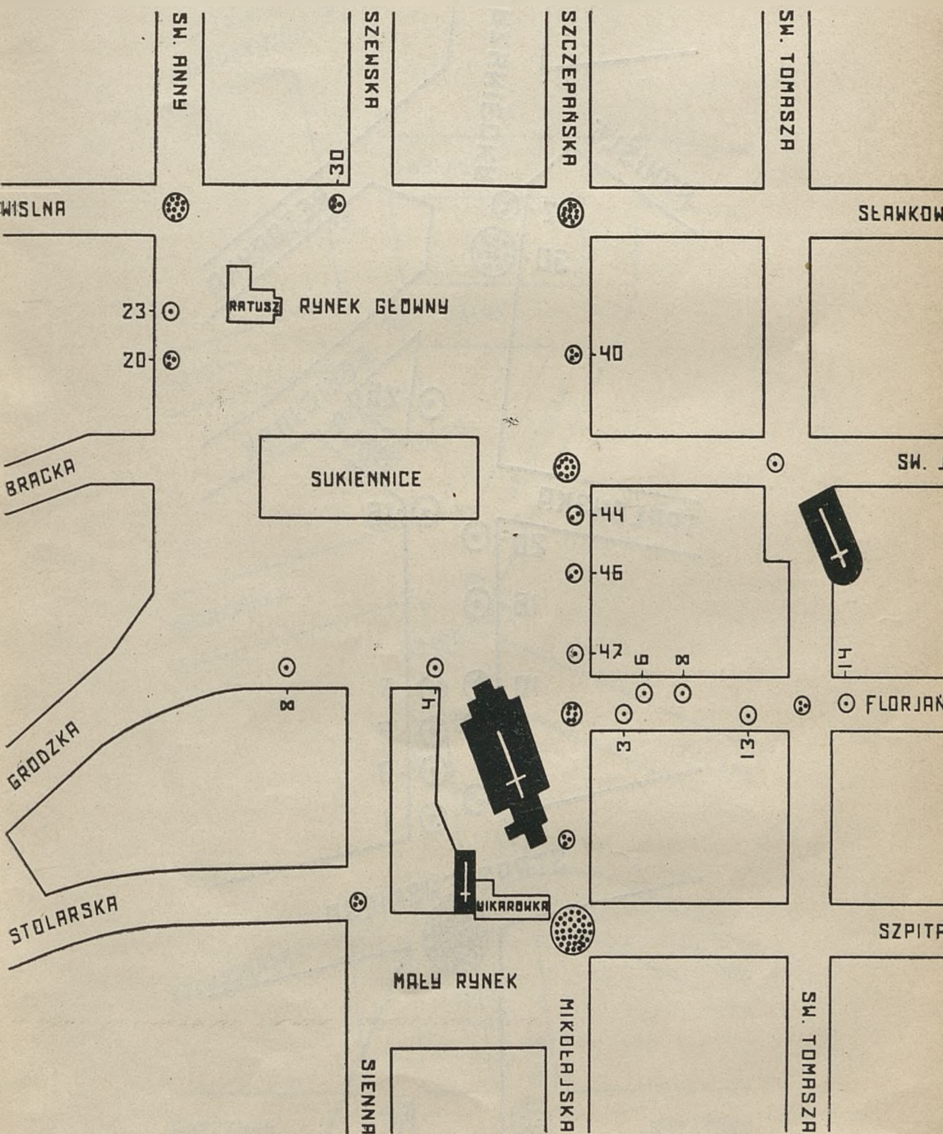
Niestety, rozbudowa Krakowa nie jest dostosowana do obecnych potrzeb życia. Ulice są tu za wąskie, z dużą ilością przecznic, o źle widocznych zakrętach i fatalnych skrzyżowaniach. Ulice te służące dawniej znacznie słabszemu ruchowi pieszemu i małej ilości dorożek konnych mieszczą dziś parę linij tramwajowych i są głównemi arterjami dla różnego rodzaju pojazdów.

Na załączonych planach—schematach (I—VI) uwidocznione są ulice, oraz skrzyżowania, na których najczęściej zdarzały się katastrofy automobilowe. Ilość katastrof w odnośnych miejscach oznaczona jest punktami, umieszczonymi w kołach. Cyfry oznaczają numery porządkowe domów.

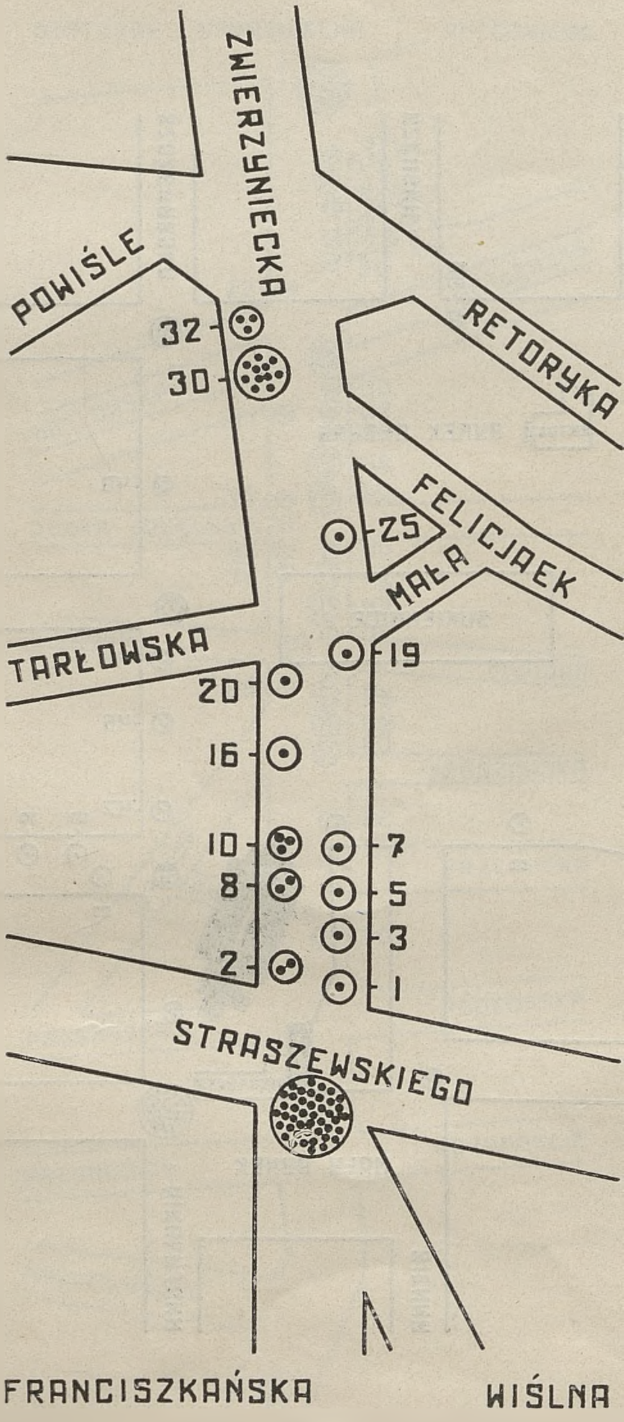
Plan I.


GERTRUDY
STAROWIŚLNA
POTOCKIEGO
WIELOPOLE
8
10
18
20
27
DETLOWSKA
DETLOWSKA
30
32
34
31
38
45
40
BERKA JOSELEWICZA
47
49
44
46
48
50
MIODOWA
MIODOWA
65
56
58
60
RZESZOWSKA
68
PRZEMYSKA
DAJWOR
WAWRZYŃCA
80
PODGÓRSKA
PODGÓRSKA
PRZYMOŚCIE
PRZYMOŚCIE
NADWIŚLAŃSKA

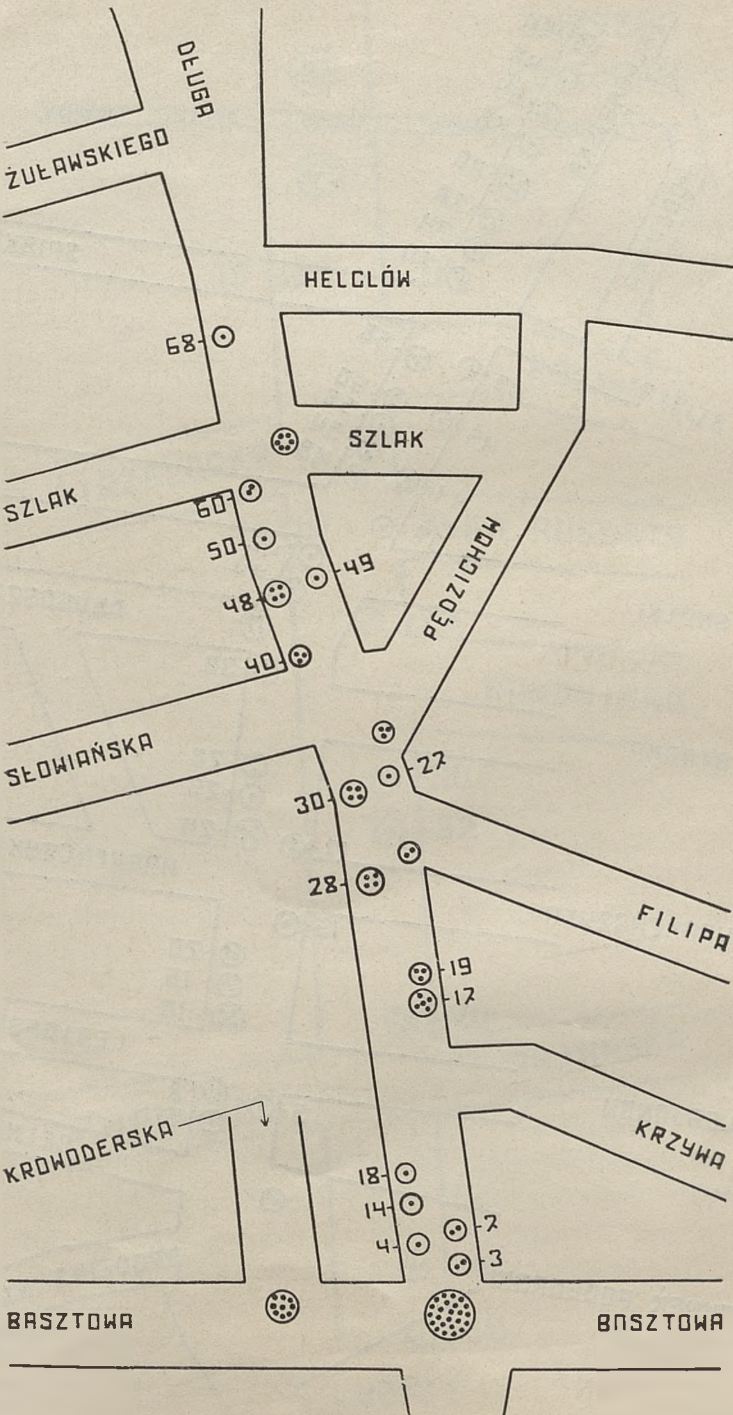
Plan II.


SW. ANNY
SZEWSKA
SZCZEPAŃSKA
SW. TOMASZA
WISLNA
30
RATUSZ
RYNEK GŁOWNY
23
20
40
BRACKA
SUKIENNICE
44
46
47
5
8
14
8
4
GRODZKA
3
13
FLORJAŃ
WIKAROWKA
STOLARSKA
MAŁY RYNEK
SIENNA
MIKOŁAJSKA
SW. TOMASZA

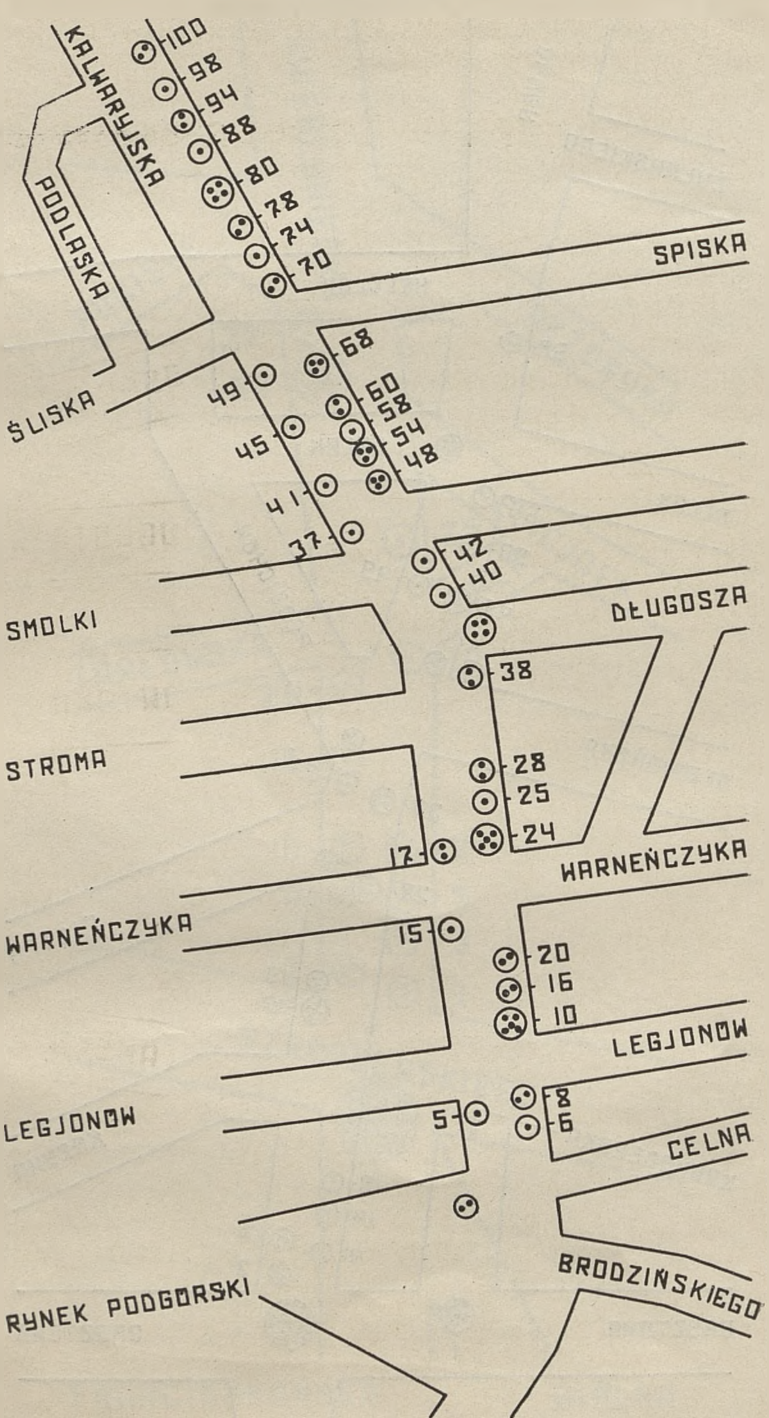
Plan III.


ZWIERZYNIECKA
POWIŚLE
RETORYKA
32
30
FELICJAŃSKA
25
MAŁA
TARŁOWSKA
19
20
16
10
7
8
5
3
2
1
STRASZEWSKIEGO
FRANCISZKAŃSKA
WIŚLNA

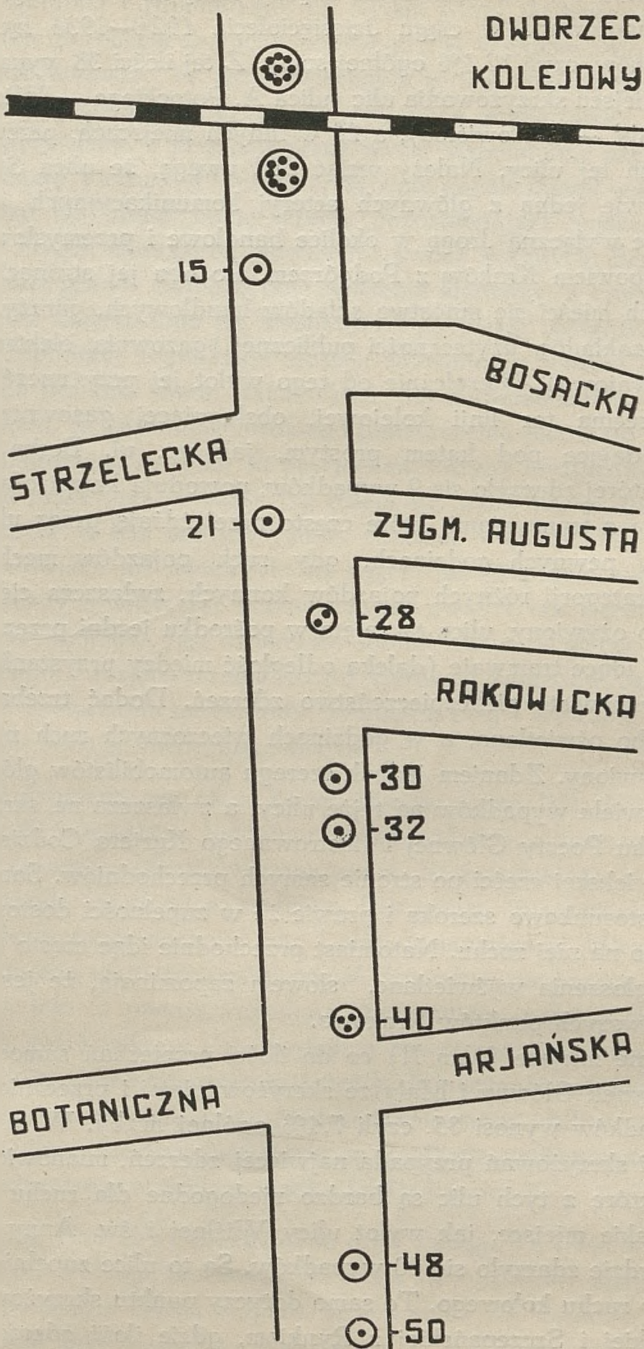
Plan IV.


DŁUGA
ŻUŁAWSKIEGO
HELCLÓW
SZLAK
SZLAK
PĘDZICHÓW
SŁOWIAŃSKA
FILIPA
KRZYWA
KROWODERSKA
BASZTOWA
BASZTOWA
68
60
50
49
48
40
27
30
28
19
17
18
14
7
4
3

Plan V.


KALWARYJSKA
PODLASKA
SPISKA
ŚLISKA
DŁUGOSZA
SMOLKI
STROMA
WARNEŃCZYKA
WARNEŃCZYKA
LEGJONÓW
LEGJONÓW
CELNA
BRODZIŃSKIEGO
RYNEK PODGÓRSKI
100
98
94
88
80
78
74
70
68
60
58
54
48
49
45
41
37
42
40
38
28
25
24
17
15
20
16
10
8
6
5

Plan VI.



LUBICZ

Jak z planów tych widać, na pierwsze miejsce wysuwa się ulica Starowiślna (plan I). Na przestrzeni między ulicą A. Potockiego a III-im Mostem zanotowano w ciągu dziesięciolecia 1924—1934 łączną ilość 140 wypadków, czyli 12,3% ogólnej sumy. Z tej ilości 38 wypadków powstało w miejscu skrzyżowania ulic (ulica A. Potockiego — Wielopole — św. Gertrudy — Starowiślna), a 28 w innych miejscach, przeważnie na przecznicach tej ulicy. Należy wziąć pod uwagę, że ulica Starowiślna jest właściwie jedną z głównych arteryj komunikacyjnych Krakowa, a prawie że wyłączną drogą w okolice handlowe i przemysłowe miasta, łączy ona bowiem Kraków z Podgórzem. Po obu jej stronach i na jej przecznicach mieści się mnóstwo składów handlowych, garaży, magazynów, oraz zakładów użyteczności publicznej (gazownia, elektrownia, remiza tramwajowa). Niezależnie od tego wylot jej przy naczółku III-go Mostu przecina tor linji kolejowej, obsługującej gazownię. Przecznice wypadające pod kątem prostym, jak np. ul. Berka Joselewicza, przy której zdarzyło się 9 wypadków, powodują katastrofalne skrzyżowania się z tramwajami, które często przejeżdżają przez ulicę Starowiślną. W pewnych godzinach, gdy ruch pojazdów mechanicznych wszelkiej kategorji różnych pojazdów konnych, zwłaszcza ciężarowych, jest bardzo ożywiony, ulica ta zajęta w pośrodku jezdni przez stosunkowo szybko idące tramwaje (daleka odległość między przystankami), wytwarza rzeczywiste niebezpieczeństwo zderzeń. Dodać trzeba, że ulica ta jest słabo oświetlona, a w godzinach wieczornych ruch na niej jest bardzo ożywiony. Zdaniem jednak szeregu automobilistów główna przyczyna tak wielu wypadków na tejże ulicy, a zwłaszcza na skrzyżowaniu koło gmachu Poczty Głównej i Ilustrowanego Kurjera Codziennego, leży po największej części po stronie samych przechodniów. Sama bowiem ulica jest stosunkowo szeroka i prawie że w zupełności dostosowana do ożywionego na niej ruchu. Natomiast przechodnie idąc często czytają reklamy i ogłoszenia wyświetlane, słowem zapominają, że jest to jeden z najruchliwszych punktów Krakowa.

Drugie miejsce (plan II) co do ilości przejechań samochodowych stanowi Rynek Główny i Mały ze skrzyżowaniami i przecznicami, gdzie ilość wypadków wynosi 85, czyli 7,4% ogólnej liczby. W miejscu tych przecznic i skrzyżowań przypada najwięcej zderzeń, mianowicie 68.

Niektóre z tych ulic są bardzo niedogodne dla ruchu pojazdów. Weźmy takie miejsce, jak wylot ulicy Wiślnej i św. Anny na Rynek Główny, gdzie zdarzyło się 10 wypadków. Są to ulice zupełnie niedostosowane do ruchu kołowego. To samo dotyczy punktu skrzyżowania ulicy Sławkowskiej i Szczepańskiej z Rynkiem, gdzie ilość zderzeń również wynosi 10.

Jednem jednak z najniebezpieczniejszych miejsc Krakowa jest wylot ulicy Szpitalnej i Mikołajskiej na Rynek Mały. Miejsce to zupełnie się nie nadaje do obecnego ruchu kołowego i w wysokim stopniu zagraża życiu przechodniów. W razie najechania w tem miejscu trudno winić tak kierowców samochodowych, jak też samą publiczność. Szoferzy, których zapytywałem o przejazd przez wyżej wspomniane skrzyżowania ulic, stwierdzają j e d n o g ł o ś n i e, że winę ponosi ponad wszelką wątpliwość tylko złe zabudowanie terenu, pozostawiające wąski przesmyk do ruchu w dwóch kierunkach głównych i dwóch bocznych. Bardzo ostry zakręt nie daje prawie żadnego pola widzenia kierowcy, a czerwona lampa sygnałowa umieszczona na wysokości I-go piętra realności narożnej przy ulicy Szpitalnej sygnalizuje jedynie zbliżanie się wozów kolei elektrycznej. Nie jest ona zatem wskaźnikiem dla automobilistów, chociażby z tego względu, że spowodu wysokiego umieszczenia jest mało widoczna. Mimo to zanotowano tu tylko 30 przejechań. Gdyby uwzględnić również przejechania przez inne pojazdy, jak tramwaje, wozy i t. p., to napewno ilość wypadków w tem miejscu byłaby znacznie większa. To, że w tem ciasnem środowisku nie wydarzyło się więcej jak 30 przejechań automobilowych, należy zawdzięczać nadzwyczajnej uwadze tak kierowców, jak i samych przechodniów. Jest to miejsce ogólnie znane ze swego wadliwego zabudowania i rozmieszczenia, to też kierowcy pojazdów zgóry przygotowani na ewentualne przeszkody, zwalniają bieg i wytężają szczególną uwagę, by uniknąć niebezpieczeństwa.

Skolei zajmiemy się ulicą Zwierzyniecką (plan III). Na tej ulicy stwierdzono 29 wypadków. Jednakowoż, jak widzimy, z załączonego planu, na skrzyżowaniu ulicy Zwierzynieckiej, Straszewskiego i Franciszkańskiej zdarzyło się aż 43 wypadków. Tak wielką sumę zderzeń należy przypisać złemu rozplanowaniu ulic i sieci tramwajowej. Niemałą również winę ponoszą kierowcy i publiczność. Kierowcy nie bacząc na wielki ruch uliczny, jaki tu panuje, rozwijają zbyt szybką jazdę, a złe rozplanowanie ulic, ostre zakręty i podwójna, a nawet potrójna linja tramwajowa, powodują niejednokrotnie katastrofy. Publiczność też nie jest bez winy; często widzi się nieuważne przechodzenie przez jezdnię, spieszenie się do tramwajów, których przystanki są wadliwie umieszczone na niewysokiem wzniesieniu w samem środku jezdni i t. p.

Następny plan (IV) przedstawia ulicę Długą. Tu ilość wypadków wynosi 70, czyli 6% ogólnej ilości. Na same skrzyżowanie ulicy Basztowej i Sławkowskiej z Długą wypada łączna suma 23. Powody tych katastrof są jasne, gdy weźmiemy pod uwagę, iż z ulicami temi zbiega się wylot Placu Kleparskiego, na który, zwłaszcza w dnie targowe, dążą licz-

ne zaprzęgi chłopskie, powożone przez nieobytych z ruchem wieśniaków. Na samej ulicy panuje bardzo ożywiony ruch pojazdów mechanicznych, zwłaszcza tak zwanych ciężarówek, zdążających do dworca towarowego, magazynów celnych i spedycyjnych.

Piąte miejsce co do ilości katastrof samochodowych zajmuje ulica Kalwaryjska (plan V), gdzie ilość tychże wynosi 65, czyli 5,7%. Ulica Kalwaryjska należy do rzędu tych ulic, które uważa się za drogi wyjazdowe z miasta, wiedzie ona bowiem ku wsiom podkrakowskim, oraz miejscowościom turystycznym i letniskowym (Swoszowice, Kalwarja, Zakopane i t. d.). Stąd wytwarza się na niej ożywiony ruch autobusowy i furmanek konnych, pociągając za sobą wypadki samochodowe.

Wreszcie na dalszym planie mamy ulicę Lubicz (plan VI). Uderza nas tu jedno w rozmieszczeniu przejechań, a mianowicie, iż w stosunku do ogólnej liczby wypadków, a jest ich 27, więcej niż połowa, bo 16, wydarzyła się pod mostem kolejowym. (Na planie zaznaczono tylko tor kolejowy). Przyczyna tychże jest zupełnie zrozumiała. Ulica w tem miejscu jest za wąska, by sprostać wielkiemu ruchowi pojazdów, oświetlenie bardzo słabe, nadto dwie linje tramwajowe. Jednak nietylko jezdnia co do swej szerokości jest niewystarczająca, lecz i sam chodnik jest za wąski. Ludzie bardzo często z braku miejsca wychodzą poza filary mostu na jezdnię, a wówczas nietrudno o katastrofę.

Plany te z cyframi zestawionemi na podstawie dokładnych danych Pogotowia Ratunkowego za lata 1924—1934 potwierdzają znaczenie terenu i budowy ulic dla sprawy bezpieczeństwa przechodniów. Wykazują ponadto, że ulice bardziej ożywione, spowodu większego rozwoju handlowo-przemysłowego, lub też obecności na nich większych gmachów użyteczności publicznej są najbardziej zagrożone. Z uwagi na konieczną oszczędność miejsca trudno mi wyliczać wszystkie inne ulice, na których zdarzały się wypadki samochodowe w tym okresie dziesięciolecia, jest ich bowiem bardzo dużo. Podałem tylko te, gdzie ilość przejechań stale się powtarza i gdzie ulice, skrzyżowania i place wymagają wprowadzenia, czy to odpowiedniego systemu regulacji i organizacji ruchu, czy też wykonania poważnej przebudowy.

Celem usunięcia, względnie zmniejszenia ilości przejechań na naszych ulicach, należy bezzwłocznie uregulować ruch uliczny, by przechodnie w miejscach szczególnie ruchliwych mogli przechodzić z jednej strony ulicy na drugą tylko w pewnych miejscach, strzeżonych przez policję. Dalej, o ile to jest możliwe, należy wprowadzić ruch jednokierunkowy na ulicach wąskich, a bardzo ożywionych. Statystyka nasza bowiem wykazuje, że niektóre ulice Krakowa, jak Florjańska, Szewska, Sławkow-

ska, Sienna i Pijarska, na których ruch jest tylko jednokierunkowy, przedstawiają teren nielicznych wypadków. Np. na ulicy Florjańskiej, o bardzo ożywionym ruchu z Głównego Dworca wgłąb miasta, zanotowano tylko 23 wypadki, mimo istnienia niebezpiecznego miejsca w postaci wąskiej i słabo oświetlonej Bramy Florjańskiej. Podobnie jest na ulicy Sławkowskiej, gdzie było 24 wypadki, ulicy Szewskiej (2 wypadki), ulicy Siennej (6 wypadków) i ulicy Pijarskiej (4 wypadki). Na ulicach, na których nie można wprowadzić ruchu jednokierunkowego, należałoby umieścić linje tramwajowe też w jednym kierunku, a przynajmniej po obu stronach jezdni, by publiczność zdążająca do tramwaju, nie była zmuszoną przechodzić z jednej strony ulicy na drugą. Środek jezdni pozostałby wówczas wyłącznie do użytku ruchu samochodowego i kołowego. Na ulicach, a przedewszystkiem w miejscach przecznic i skrzyżowań, gdzie jak z załączonych planów (I—IV) widzimy, najwięcej powstaje wypadków, należałoby bezzwłocznie zainstalować automatyczne wskaźniki świetlne, któreby również wskazywały szybkość jazdy. Następnie posiadają wielkie znaczenie, nietylko dla bezpieczeństwa przechodniów, ale także dla porządkowania ruchu, tak zwane uliczne wysepki. Spełniać jednak one mogą swe zadanie tylko na szerszych ulicach, natomiast na wąskich wysepka taka staje się tylko zawadą. Przy budowie jej nieodzownym warunkiem jest, aby była dostatecznie widoczna, czyto przez oświetlenie jej, czy przez umieszczenie na niej latarni ulicznej widocznej równie dobrze w dzień, jak i w nocy, a także trudna do najechania (sposób angielski). W porze wieczornej i nocnej muszą panować na ulicach dobre warunki oświetlenia. Same zaś ulice, zależnie od ilości przejeżdżających przez nie pojazdów, muszą być wzmacniane przez asfalt i jego różne użytkowe i mieszane rodzaje, albo przez kamienny, względnie betonowy bruk.

Przy budowie zaś nowych dzielnic, należy pamiętać o tem, aby ulice były racjonalnie planowane i dobrze zaopatrzone w urządzenia, których celem byłoby zapobieganie wypadkom samochodowym. Nadto nie należy zapominać, że ulice zbyt długie, z wieloma przecznicami są dla bezpieczeństwa groźne i to samo odnosi się także do ulic wąskich. Place muszą być szerokie, okrągłe; chodniki nie za wąskie; zakręty przejrzyste. Tory tramwajowe należy przesunąć według P i o t r o w s k i e g o do chodników, by samochody nie tworzyły zatorów na przystankach tramwajowych i nie hamowały ruchu pieszego.

Często się zdarza, że w podmiejskich okolicach, na dobrze zbudowanych szosach asfaltowych, wylegają tłumy przechodniów, co sprzyja w dużym stopniu wypadkom samochodowym, nie mówiąc już o utrudnieniu i hamowaniu ruchu. Aby temu zapobiec, żądać należy odpowiedniej

budowy dróg podmiejskich, mianowicie wygodnych i szerokich chodników, aby przechadzająca się ludność nie używała dróg kołowych jako miejsca spacerowego. W Krakowie ma to miejsce obecnie we wszystkich miejscowościach podmiejskich, w których szosa jest asfaltowana (Borek Fałęcki, Bronowice Małe, ul. Warszawska).

Dzisiaj niemożliwością jest zmienić zasadniczą architekturę miasta; należy jednak energicznie opracować regulację ruchu, a w rozbudowie miasta dostatecznie uwzględnić problem drogowy i uregulowanie ruchu ulicznego w stosunku do nowoczesnych wymogów życia miejskiego.

Śmiertelne wypadki samochodowe

W miarę rozpowszechniania się samochodów i ustawicznego zwiększania się ich szybkości musiały wzrastać także i wypadki śmiertelnego przejechania.

W Krakowie w okresie dziesięciolecia od 1890 do 1900, a więc w czasie, gdy jeszcze samochodów nie było, wykonano w Zakładzie Medycyny Sądowej U. J. na 943 sekcyj sądowo - lekarskich, 42 sekcyj spowodu przejechania, czyli zaledwie 4,5%. Lata 1924 do 1934 odznaczające się silnym ruchem samochodowym w Krakowie, wykazują na 2948 sekcyj sądowo - lekarskich, 283 zgony z przejechania w ogólności (9,6%), w której to pozycji samochody zajmują drugie miejsce w ilości 86 wypadków (30,4%).

Pierwsze miejsce zajmuje kolej (132 wypadki — 46,7%), lecz w wypadkach tych mieszczą się także samobójstwa, oraz podłożenia zamordowanych na torze dla upozorowania samobójstwa, lub nieszczęśliwego wypadku. Wchodzą tu w grę również wypadki z poza Krakowa, których zejście śmiertelne nastąpiło po przewiezieniu ofiar do szpitala.

Następne, to jest trzecie miejsce zajmują wozy o zaprzęgu konnym. Spowodowały one 43 śmiertelne wypadki (15,2%), co nie wyda się dziwnem, gdy weźmiemy pod uwagę twierdzenie Beykowsky'ego, iż wóz o zaprzęgu konnym potrzebuje do zatrzymania się czterokrotnie dłuższego czasu, niż samochód. Śmiertelnych wypadków tramwajowych znajduje się w statystyce 19 (6,7%), rowerowych zaś z 3 (1%)

Według Medyńskiego w Krakowie na 135 wypadków przejechań za lata 1900 do 1916 przypada na kolej 57 (45%), konny wóz 49 (35%), tramwaj 23 (17%), samochód 6 (4%) wypadków, co jest zrozumiałe, bo w tym czasie był jeszcze mały ruch samochodowy.

W Warszawie w okresie lat siedmiu, to jest od roku 1921 do 1927 włącznie Piotrowski wykazuje 116 przejechań śmiertelnych przez samochody. W stosunku do okresu dziesięciolecia 1924 do 1934 badanego na

terenie Krakowa, dane warszawskie nie przedstawiają zbyt silnej różnicy, lecz należy wziąć pod uwagę, iż w latach 1924 do 1934, a ściślej biorąc, powyżej roku 1927, ruch samochodowy w Warszawie wzrósł ogromnie.

Beykowsky ustalił 396 wypadków śmierci na skutek przejechania, w tem 99 (25%) przejechań samochodowych na 4423 sekcyj sądowo-lekarskich, dokonanych w Wiedniu za lata 1899 do 1913.

Rozpatrzmy ściśle statystyczne dane wypadków samochodowych, kończących się zejściem śmiertelnem w wyżej wspomnianem dziesięcioleciu 1924 do 1934 na terenie m. Krakowa.

Tablica Nr. VII.

Liczba wypadków śmiertelnych wskutek przejechania przez samochody za lata 1924 do 1934.

Miesiące	L	a	t	a							Razem
	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	
Styczeń . .				1		1	1				3
Luty . . .		1		1					1	1	4
Marzec . .											
Kwiecień .			2				3				5
Maj . . .		1				1		1		1	4
Czerwiec . .			4		1		1				6
Lipiec . . .	2	1	1		1	2	1	1	1	2	12
Sierpień . .	—		1	3	1	1	1			1	8
Wrzesień .		1	1	1	4	4		1			12
Październik .		1	1	3	5	3	1	3	1	2	20
Listopad . .		1		3	2	1				1	8
Grudzień .				1		1		1		1	4
Razem	2	6	10	13	14	14	8	7	3	9	86

Tablica ta wykazuje, iż w latach, w których najsilniej był rozwinięty w Krakowie ruch samochodowy, t. j. 1926, 1927, 1928 i 1929, stwierdza się największą ilość śmiertelnych przejechań. I tak rok 1926 figuruje z 10, 1927 z 13 wypadkami, 1928 i 1929 posiadają po 14 wypadków.

W związku z przeżywanym kryzysem ekonomicznym zmniejsza się w latach następnych ruch samochodowy, a łącznie z nim i ilość śmiertelnych przejechań. Ostatni rok t. j. 1933 zaznacza się poważniejszą liczbą wypadków śmiertelnych (9), w tym bowiem czasie powstają w Krakowie liczne linje międzymiastowej komunikacji autobusowej.

Ciekawie w tem dziesięcioleciu przedstawia się sprawa wieku przejechanych.

Wiek osób przejechanych	Ilość
0 — 4	6
5 — 9	10
10 — 14	3
15 — 19	4
20 — 24	4
25 — 29	2
30 — 34	7
35 — 39	1
40 — 44	6
45 — 49	4
50 — 54	10
55 — 59	4
60 — 64	6
65 — 69	15
70 — 74	0
75 — 79	0
80 — 84	1
85 — 89	2
90 — 94	0
95 — 99	1
Razem	86

Z zestawienia tego wynika, iż ofiarami śmiertelnych przejechań najczęściej padają dzieci do lat 10-ciu, co łatwo wytłumaczyć lekkomyślnością i roztargnieniem, cechującem wiek młodociany, jak również brakiem dozoru ze strony osób starszych. Następną pozycję ilościową zajmują osoby, których lata wahają się między 50 a 70-tym rokiem życia. Powodem tego są przedewszystkiem zmiany w ustroju osób starszych, jak osłabienie wzroku, słuchu, brak szybkiej orjentacji i t. p. Wyżej zaznaczone dane pokrywają się z danemi statystycznemi, zawartemi w pracy Medyńskiego, które wskazują znaczną ilość wypadków u dzieci i starców.

Również zgadzają się dane tyczące się płci. Medyński stwierdza znaczną nadwyżkę przejechanych mężczyzn. W naszej statystyce na 86 śmiertelnych przejechań, przypada 54 na osobników płci męskiej, a 32 na kobiety.

Mechanizm przejechania przedstawia się w ten sposób, iż w każdem przejechaniu da się odróżnić trzy zasadnicze momenty:

1) moment właściwego zetknięcia się środka lokomocji z człowiekiem. To zetknięcie się w postaci uderzenia lub zderzenia może sprowadzić albo odrzucenie człowieka na bok, powiemy wówczas o „najechaniu", albo

2) upadek, co też stanowić będzie drugi moment obrazu przejechania. Upadek zależy w znacznym stopniu od szybkości jazdy wozu,

3) właściwe przejechanie.

W momentach tych mogą zachodzić pewne drobne różnice. W następstwie przejechania osoba może pozostać w miejscu, albo też, jak to się zdarza podczas gołoledzi, może być wleczona kilka lub kilkanaście metrów. Tego rodzaju wypadki Romanese przyrównuje do wleczenia przez pas transmisyjny, a na co również zwraca uwagę Weimann.

Wypadki, gdzie osobnik przejechany, czy też najechany, już poprzednio leżał na jezdni, np. wskutek opilstwa, zamroczenia umysłowego i t. p. są nader rzadkie. Beykowsky na 282 wypadków dostrzegł taką sytuację tylko 3 razy; we wszystkich innych najechany został obalony przez samochód. Również Hulst opisuje tylko jeden wypadek tego rodzaju. Przyczyny wypadków zostały szczegółowo omówione w rozdziale o przyczynach wypadków samochodowych.

Co do obrażeń powstałych na skutek przejechania, to mogą one być najróżnorodniejsze. Ilość ich i jakość zależą:

1) od środka lokomocji. (Lekkie, średnie czyli turystyczne oraz ciężarowe wozy),

2) od miejsca wypadku (stan jezdni, a więc asfalt, kostka drewniana lub kamienna, błoto i t. p.,

3) od rodzaju przejechania (szybkości wozu w danej chwili oraz która z części samochodowych zetknęła się z przejechanym),

4) od ubrania przejechanego (futro, płaszcz),

5) od pewnych indywidualnych właściwości przejechanego (wzrost, garb, siła kości i t. p.), wreszcie

6) od rodzaju wypadku (nieszczęśliwy wypadek, samobójstwo).

Po przejechaniu możemy stwierdzić wszelkiego rodzaju uszkodzenia, począwszy od najlżejszych do najcięższych, a mianowicie: obrażenia powierzchowne, polegające na zdrapaniu naskórka, podbiegnięciu krwawem, ranach tłuczonych i dartych, następnie ciężkie uszkodzenia czaszki, żeber, kręgosłupa i kości kończyn, wreszcie z obrażeń narządów wewnętrznych stwierdza się obrażenia mózgu, płuc, wątroby, śledziony i serca. Według Beykowsky'ego zewnętrzne obrażenia wywołują wystające części samochodu, jak lampy, zderzaki, a u niektórych typów wozów, korba; Parisot zaś zaznacza, że zetknięcie się nawet z wyładowanym samochodem ciężarowym o wadze 8500 kg. o ile tylko samochód posuwa się z małą szybkością, powoduje obrażenia powierzchowne, conajwyżej złamanie żuchwy lub nosa, względnie wylewy krwawe. Często

też zdarzają się oskalpowania skóry. Szczególną uwagę zwracają autorzy na jednoczesne uszkodzenie narządów kilku jam ciała, jako objawy charakterystyczne dla przejechań samochodowych. S t r a s s m a n n zauważa, iż przy niepozornych obrażeniach zewnętrznych po przejechaniu osobnika przez samochód można jednak stwierdzić wybitne zmiany w narządach wewnętrznych. Z podobnym poglądem spotykamy się także u H o f f m a n n a, który również widział u przejechanych samochodem ciężkie obrażenia wewnętrzne przy nieznacznych stosunkowo zewnętrznych. B e y k o w s k y przytacza, iż największe uszkodzenia narządów wewnętrznych wywołują samochody (88%), natomiast inne środki lokomocji jak tramwaje (82%), wozy konne (68%) powodują mniejsze obrażenia wewnętrzne. Wedle B e y k o w s k y'e g o najwięcej uszkodzeń czaszki powoduje tramwaj (74%), samochody zaś są dopiero na drugiem miejscu (57%).

Protokóły sekcyjne ofiar przejechań przez samochody z Zakładu Medycyny Sądowej U. J. za okres dziesięciolecia 1924 do 1934 wykazują, jako najczęstszą przyczynę zejścia śmiertelnego, uszkodzenia narządów mieszczących się w jednej z jam ciała. I tak: na 86 przypadków stwierdzono 44 razy śmiertelne obrażenia czaszki, 26 razy klatki piersiowej, a 21 razy jamy brzusznej. Narządy kilku jam ciała jednocześnie ulegały stosunkowo rzadziej obrażeniom, bo 18 razy, dwóch jam, a trzech jam zaledwie dwa razy. W 11-tu przypadkach przyczyną zejścia śmiertelnego było pourazowe zapalenie płuc. Zapalenie płuc następuje także często po rozległych złamaniach czaszki lub uszkodzeniu mózgu. Przy obrażeniach klatki piersiowej występuje bezpośrednie urazowe, kontuzyjne zapalenie płuc. Stwierdził to S t r a s s m a n n u 7-miu ofiar wypadków samochodowych. W 7-miu naszych przypadkach wywołały śmierć bardzo liczne zatory tłuszczowe, stwierdzone mikroskopowo w płucach w następstwie rozległych złamań i pęknięć kości. Włóknikowo-ropne zapalenie otrzewnej w następstwie pęknięcia jelita grubego, złamania miednicy i uszkodzenia pęcherza moczowego stwierdzono w trzech wypadkach. D o h r n opisuje jeden przypadek pęknięcia pęcherza moczowego wewnątrzotrzewnowo wskutek przejechania. W jednym z naszych przypadków aspiracja do płuc obfitej treści żołądkowej stała się przyczyną śmiertelnego uduszenia. Aspirację tę da się wytłumaczyć stanem bezprzytomności, lub conajmniej zamroczenia, w jakiem niewątpliwie znalazł się przejechany po doznaniu rozległych obrażeń głowy.

Częstość uszkodzeń spotykanych w poszczególnych narządach objaśnia poniższe zestawienie:

Nazwa narządu	Ilość	Nazwa narządu	Ilość
Czaszka	45	Rdzeń kręgowy	2
Kości twarzy	6	Przepona	3
Kręgosłup	7	Płuco	8
Żebra	34	Serce	4
Obojczyk	10	Tętnica główna	1
Kończyny górne:		Wątroba	15
ramię	9	Śledziona	5
przedramię	3	Nerki	3
Kończyny dolne:		Żołądek	2
udo	5	Jelito grube	2
podudzie	9	Jelito cienkie	2
Kości miednicy	15	Pęcherz moczowy	1
Mózg i opony	16		

Uszkodzenia te dotyczyły niejednokrotnie kilku narządów jednocześnie. Stwierdzono następujące rodzaje uszkodzeń:

1) Na skórze: otarcia i zdrapania naskórka, sińce, stłuczenia i rany.

2) W mięśniach: pęknięcia, wylewy krwawe, przedarcia, zmiażdżenia.

3) W kościach: zmiażdżenia, pęknięcia, złamania.

4) W jamach ciała: stany zapalne, wylewy krwawe w postaci mniejszych i większych nagromadzeń krwi, pęknięcia narządów, zmiażdżenia w obrębie jam.

Zespół uszkodzeń składający się z obrażeń skóry, wylewów krwi do tkanek i jam ciała, pęknięć i złamań kości, oraz pęknięć i zmiażdżeń narządów wewnętrznych jest charakterystycznym i typowym obrazem spostrzeganym na sekcji zwłok osób, które uległy wypadkowi samochodowemu. W obrębie mózgu najczęściej spotykano stłuczenia, natomiast zmiażdżenia nader rzadko. W obrębie narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej spotykano pęknięcia lub zmiażdżenia narządów.

Oprócz uszkodzeń urazowych znajdowano na zwłokach w 40 wypadkach różnorodne zmiany chorobowe nie pochodzące od urazu.

Częstość tych zmian objaśnia następujące zestawienie:

Rodzaj schorzenia	Ilość
Schorzenia serca	16
Zwapnienie tętnic	12
Gruźlica płuc	1
Skrzywienie kręgosłupa . .	1
Zmiany starcze	3
Nieżyt oskrzeli	3
Przepukliny	3
Rozedma płuc	1

Niektóre z powyższych zmian chorobowych mogły niewątpliwie upośledzić fizyczną sprawność osoby i stać się choćby pośrednio przyczyną wypadku samochodowego.

Spostrzeżenia, poczynione na podstawie protokółów sekcyjnych naszego materjału, odpowiadają w znacznej części spostrzeżeniom innych autorów.

Wypadki samochodowe mnożą się z dnia na dzień. Sprawa odpowiedzialności karnej i cywilnej, a w związku z tem konieczność coraz lepszego obeznania się z działem wypadków samochodowych przez biegłych sądowych staje się coraz bardziej aktualną.

Ekspertyza sądowo-lekarska wypadków samochodowych zdaniem Parisota i Morina może być owocna przy zachowaniu następującego postępowania:

1) Przy wypadku należy ustalić rodzaj samochodu, jego szybkość i kierunek jazdy. Badanie obrażeń przejechanego jak również ślady opon samochodowych pozwolą ustalić rodzaj samochodu.

2) O ile znajduje się na miejscu wypadku samochód, należy poddać go zaraz badaniu, aby nie znikły jawne dowody przejechania, np. w postaci uszkodzeń pojazdu, śladów krwi i t. p., oraz, o ile możności zrobić zdjęcia fotograficzne samochodu. W uzasadnieniu punktu 2) należy zaznaczyć, iż np. wygięcie wachlarzy, uszkodzenie lamp, wygięcie kół zezwoli nam ustalić szybkość samochodu i odtworzyć przebieg wypadku (Parisot).

3) Zabezpieczyć miejsce przejechania i zwłoki, aby nie znikły szczegóły przejechania. Przez zabezpieczenie miejsca i zwłok zapobiega się zatarciu śladów, bądź to pozostawionych na jezdni, bądź też znajdujących się na przejechanym (odbicie kół na błocie, uszkodzenie ubrania, pozycja przejechanego i t. p.), co zezwala na ustalenie, z której strony nastąpiło najechanie, oraz odtworzenia dokładnego wypadku.

4) Zwłoki i samochód winni zbadać fachowcy. Żądanie to pozostawia duże pole do działania lekarzowi sądowemu, dlatego też musi on być obeznany zarówno z budową samochodów, teorją i praktyką kierowania samochodem, oraz przepisami ruchu. Dla szczegółowego ustalenia pewnych faktów należy powołać znawców z pośród służby bezpieczeństwa publicznego z działu samochodowego, oraz ekspertów technicznych obznajmionych ze sprawami tyczącemi się zarówno motoru, jak i karoserji samochodu.

5) O ile możności przesłuchać szofera zaraz po wypadku. Żądanie to jest uzasadnione tem, iż przesłuchanie szofera objaśni nam przebieg wypadków, oraz pozwoli ustalić stan fizyczny i umysłowy szofera,

a zwłaszcza, czy nie znajdował się w stanie opilstwa, lub też czy nie zasłabł przed momentem przejechania.

Niezależnie od wniosków P a r i s o t a wnioski dalsze, tyczące się czy to kierowców, czy też przechodniów — umieściłem w odpowiednich rozdziałach.

Technika samochodowa szybkiemi krokami postępuje naprzód. Konstruktorzy silą się na zwiększenie szybkości do ostatecznych granic możliwości, zaś zmniejszenie kosztów wytwórczości samochodów może wkrótce udostępnić szerokim warstwom ludności posiadanie samochodów jako środka lokomocyjnego pierwszej potrzeby. Wówczas uliczny ruch samochodowy, zwłaszcza w pewnych punktach miasta i w pewnych godzinach, może dojść do maksymalnych granic, a tem samem ogromnie zwiększyć niebezpieczeństwo publiczne.

Jedynie wcześniejsze zajęcia się sprawą wypadków samochodowych i wysnucie należytych wniosków z doświadczenia nabytego zagranicą, ściśle przemyślanych i będących już w zastosowaniu, przy uwzględnieniu stosunków miejscowych i wreszcie jaknajszybsze wprowadzenie tych wniosków w życie, zdoła zapobiec nieszczęściom, których widownią w przeciwnym razie mogłyby się stać jezdnie naszych ulic.

O s t w o r z e n i e s t a t y s t y k i w y p a d k ó w s a m o c h o d o w y c h.

Kończąc swą pracę muszę zająć się jeszcze jedną kwestją bardzo ważną i pilną. Jest nią sprawa stworzenia statystyki wypadków samochodowych.

Jeżeli walka z wypadkami samochodowemi ma być skuteczną, to należy wprowadzić przedewszystkiem racjonalną rejestrację wypadków prowadzoną sumiennie i ściśle. W ten sposób bowiem tylko zebrany surowy materjał statystyczny pozwoli nam sporządzić odpowiednie zestawienie i przeprowadzić analizę statystyczną, a mianowicie wykazać i ustalić związki przyczynowe, a tem samem zapoznać się z rozmiarami niebezpieczeństwa, co ułatwi znaczne zastosowanie odpowiednich środków zaradczych. Statystyka powinna objąć wszystkie wypadki, jakie zachodzą na ulicach miast i drogach kołowych, bez względu na rodzaj wypadku i rozmiar strat nim spowodowanych i wtedy zebrane materjały statystyczne będą posiadały istotną wartość. A więc bez względu na to, czy będzie miało miejsce lekkie zderzenie się samochodów bez najmniejszej straty materjalnej, czy też przejechanie przechodnia, związane z lekkiem lub ciężkiem aż do utraty życia prowadzącem uszkodzeniem, o każdym takim choćby najmniejszym wypadku powinna być możliwie natychmiast sporządzona indywidualna k a r t a r e j e s t r a c y j n a i przesłana

do odpowiedniej centralnej instytucji, której pracownik wyszkolony w tym kierunku zajmie się opracowaniem dostarczonych materjałów.

Karta rejestracyjna, którą posługiwałem się przy opracowaniu materjału statystycznego do niniejszej pracy, obejmowała następujące rubryki: *„nazwisko i imię"*, *„zawód"*, *„uszkodzenie ciała"*, *„przyczyna wypadku"*, *„miejsce wypadku"*, *„data wypadku"*, *„godzina wypadku"*, *„płeć i wiek poszkodowanego"*.

Karta ta obejmowała wyłącznie tylko rubryki dotyczące *poszkodowanego*, uzyskane z Pogotowia Ratunkowego. Oczywiście rubryki te nie wystarczają dla prowadzenia wyczerpującej rejestracji wypadków koniecznej do prawidłowego opracowania statystycznego. Karta taka wymaga bowiem uzupełniających jeszcze rubryk, zwłaszcza dotyczących wiadomości o szoferze, mianowicie jego *„nazwisko"*, *„wiek"*, *„ile lat prowadzi samochód"*, a także czy jest *„zawodowym"* szoferem, czy też *„amatorem"*, czy *„zna miasto"*, czy też jest w niem niedawno. Ważne znaczenie miałyby też wiadomości o stanie wozu, mianowicie *„marka wozu"*, *„ilość przejechanych kilometrów"*, *„data ostatniego przeglądu wozu"* przez władze.

Wobec tego proponowałbym następujący wzór karty:

I. Nazwisko i imię poszkodowanego.

.... **Data wypadku** ....
Godzina ....
Zawód .... **Płeć** ....
(dokładnie) **Wiek** ....
uszkodzenie ciała ....
(ogólnie część ciała)

....

....

Przyczyna wypadku ....

....

Miejsce wypadku ....
(dokładnie)

....

I. Dane dotyczące kierowcy samochodowego.

Nazwisko i imię kierowcy.

....

Wiek ....

Data wystawienia prawa jazdy

....

Czy jest zawodowym kierowcą czy amatorem?

....

Jak dawno jest w mieście, w którem zaszedł wypadek? ....

....

Czy nie stwierdza się objawów upojenia alkoholowego? ....
....
....

III. **Dane dotyczące wozu.**

Marka wozu ....
Nr. rejestracyjny (policyjny) ....
Liczba przejechanych kilometrów ....
Data ostatniego przeglądu wozu przez władze ....

Pierwsza pozycja karty zawiera *„nazwisko i imię"* poszkodowanego, a następna *„zawód"*. Zawód musi być dokładnie podany. Opracowując materjał statystyczny natrafiłem na liczne niedokładności w tym względzie spotykając się często z takiem określeniem zawodu, jak np. robotnik, przyczem bliższy charakter rodzaju jego pracy nie zawsze był uwzględniany. Jest rzeczą pierwszorzędnej wagi dla zajmujących się sprawą wypadków samochodowych, czy poszkodowany nie poniósł szkody z racji swego zawodu. Może bowiem być np. robotnik drogowy czy brukarski, pracujący na jezdni, narażony na potrącenia, czy najechania w każdej chwili, a może być np. robotnik budowlany, dla którego zbieg okoliczności przejechania będzie przedstawiał się zupełnie odmiennie. A więc w tej rubryce najlepiej podawać t. zw. profesję końcową.

Następna pozycja obejmuje uszkodzenia ciała, pojęte ogólnie i odnoszące się tylko do podania części ciała, ewentualnie rodzaju uszkodzenia (np. rana na nodze, ręce, głowie i t. p.), a to z tego względu ogólnie, iż kartę taką będą na miejscu wypadku wypełniać osoby nieobeznane z wymogami medycyny (np. funkcjonarjusze policji, dozorcy drogowi i t. p.).

Rubryka następna określa przyczyny wypadku. Składają się na nią wnioski wysnute z przypadkowej obserwacji pojazdu i poszkodowanego przez przechodniów, względnie funkcjonarjusza policji, dozorcy drogowego, zeznań kierowcy wozu, ewentualnie zeznań poszkodowanego, obserwacji pogody (mgła) i oświetlenia (zmrok).

Miejsce wypadku zajmuje pozycję następną. Tu należy zapisać ulicę, względnie plac lub skrzyżowanie ulic, oznaczając możliwie ściśle samo miejsce katastrofy. W warunkach miejscowych mogłoby ścisłe określenie opiewać, np. w ten sposób: Pod główną pocztą, na skręcie z ul. św. Gertrudy w ul. Starowilną, tuż przy krawężniku chodnika i t. p.

Drugą połowę karty zajmują cztery rubryki, a to: „Data wypadku", „Godzina wypadku", „Płeć" i „Wiek poszkodowanego".

Data wypadku jest dla zestawiającego statystykę rzeczą bardzo ważną. Jak już bowiem wykazałem poprzednio, pewne miesiące posiadają stale zwiększoną ilość katastrof, co zmusza nas do szukania przyczyn i środków zaradczych. To samo odnosi się do dnia, tygodnia lub godzin. Prowadzącemu statystykę odrazu rzuca się w oczy, że pewne godziny (np. w Krakowie 16 godzina) wykazują nasilenie wypadków automobilowych.

Badanie przyczyn wykazuje na znaczny wzrost ruchu pieszego i samochodowego w godzinie opuszczania biur i fabryk, zmęczenie fizyczne i umysłowe pracowników, pośpiech do domu i t. p., a środek zapobiegawczy to ścisłe regulowanie ruchu w tej godzinie przez organa policyjne i zmniejszenie szybkości samochodów do przepisowego minimum. Rozmyślnie podałem tu szereg przykładów, aby wykazać, jak ważną jest każda rubryka karty rejestracyjnej dla dalszych zestawień statystycznych, a tem samem dla walki z wypadkami samochodowymi.

Dwie ostatnie pozycje „płeć i wiek" mają również duże znaczenie. Procentowo bowiem mężczyźni ulegają w większej ilości wypadkom aniżeli kobiety, a ludzie młodzi więcej niż starcy.

Dalsze rubryki zawierają dane, tyczące się kierowcy samochodowego, mianowicie *„nazwisko i imię"*, *„wiek"* prowadzącego auto, oraz *„data uzyskania prawa jazdy"*. Ta rubryka jest rzeczą ważną, daje bowiem możność zorjentowania się, czy jest to kierowca rutynowany, który ewentualnie mógłby nie dopuścić do wypadku, czy też posiadający małe jeszcze doświadczenie.

To samo odnosi się do rubryki następnej. Rubryka ta zawiera zapytanie *„jak dawno kierowca przebywa w mieście, w którym zaszedł wypadek?"*. Kierowca bowiem przez krótki czas przebywający w danem mieście i nieobeznany z jego niebezpiecznemi ulicami i zakrętami, jak to ma miejsce w Krakowie, może prędzej spowodować wypadek, aniżeli kierowca dobrze znający miasto.

Ostatni punkt, tyczący się kierowcy, to określenie, czy *„szofer w chwili spowodowanego wypadku był trzeźwym?"*. Chodzi tutaj o stwierdzenie przynajmniej na podstawie pierwszego wrażenia osoby, wystawiającej bezpośrednio po wypadku kartę rejestracyjną, stanu trzeźwości kierowcy. Oczywiście dokładne zbadanie stanu trzeźwości kierowcy mogłoby być ustalone tylko na podstawie ścisłych badań lekarskich.

Skolei przychodzą dane odnoszące się do samego samochodu. A zatem: *„marka wozu"*, *„numer rejestracyjny"*, dalej *„liczba przejechanych kilometrów"*. Marka wozu może mieć w przyszłości duże znaczenie, bo przy większej liczbie wypadków będzie można wywnioskować, które marki dają mniej lub więcej wypadków. Jeśli chodzi o ilość przejecha-

nych kilometrów, to im liczba ta jest większa, tem więcej może zachodzić obawa niebezpieczeństwa z powodu ewentualnego uszkodzenia w czasie jazdy pewnych części samochodu.

Końcową rubrykę stanowi *„data ostatniego przeglądu wozu"*. Rubryka ta określając czas od ostatniego przeglądu do wypadku wyjaśnia zarazem, o ile mógł on wpłynąć na zużycie wozu.

Po omówieniu karty rejestracyjnej i jej rubryk należy się jeszcze zastanowić, do kogo ma należeć jej wypełnienie i jakiej instytucji winna ona być przesłaną. Na pierwsze z tych zagadnień można odpowiedzieć stosunkowo łatwo. Funkcjonarjuszami, którzy z racji swych obowiązków znajdują się stale na ulicach miasta i regulują ruch kołowy, są posterunkowi Policji Państwowej, a na drogach dozorcy drogowi (drożnicy). Ponieważ interwencja w poszczególnych wypadkach z urzędu należy do nich, dlatego też winni oni właśnie wypełniać te karty rejestracyjne. Dotychczasowa praktyka w tym kierunku wygląda w ten sposób, iż w razie najechania, czy zderzenia, o ile nikt szwanku nie poniósł, funkcjonarjusz policji, albo nie czyni żadnej notatki, albo też jeżeli zauważa pewne naruszenie przepisów, czy paragrafów prawnych, robi t. zw. „doniesienie", które składa w Komisarjacie Policyjnym danego obwodu. Doniesienie takie służy do pociągnięcia winnych wypadku do odpowiedzialności, względnie do umorzenia sprawy. Ponieważ zaś jest ono zawsze tylko doraźną notatką, pisaną bez żadnego schematu, przeto nie stanowi odpowiedniego materjału dla celów statystycznych. I tu właśnie wyłania się drugie zagadnienie. Karta rejestracyjna wypadku wypełniana nawet w przypadkach drobnych winna być wysyłana z Komisarjatu Policyjnego do Instytucji Centralnej, prowadzącej odpowiednią statystykę. W miastach mógłby się tem zajmować wydział ruchu kołowego (Magistraty), a poza miastami odpowiedni wydział w Urzędach Wojewódzkich. Pogotowie Ratunkowe w większych miastach powinno także wypełniać karty rejestracyjne i przesyłać je do odnośnej centrali. Wprawdzie od roku 1931 wprowadzone są karty statystyczne wypadków ruchu drogowego obowiązujące w całej Rzeczypospolitej, które wypełniane przez posterunkowych P. P. przesyłane są do Ministerstwa Komunikacji. Jednak karta taka nie jest odpowiednio zredagowana, gdyż dużo punktów jest niejasnych dla posterunkowych (tembardziej dla dróżników), dużo jest zbędnych, natomiast niema innych bardzo ważnych, o których mowa była wyżej.

Bez względu jednak, jaki urząd, czy instytucja prowadzić będzie taką statystykę, m u s i ona być prowadzona, a nadto powinna obejmować wszystkie wypadki samochodowe zarejestrowane ściśle i sumiennie wedle powyższych danych. Tylko bowiem na podstawie zestawień sta-

tystycznych da się prowadzić planową, skuteczną i racjonalną walkę z wypadkami samochodowemi.

PIŚMIENNICTWO.

Beykowsky: Tödliche Unfalle im Strassenverkehr durch Überfahrenwerden. Beitr. zur ger. Med. II B. 1914. Birkholz: Über die gegenseitigen Beziehungen zwischen Kraftverkehr und Gehörorgan. Dtsch. Med. Wschr. 1928 II. Brix: Die Aufgaben der Städte und Ortschaften für den Kraftwagenverkehr, insbesondere den Überlandverkehr. Zentralbl. d. Bauverwalt. Jg. 45 Nr. 51, 1925. Dittrich. Tod durch Überfahren. Vjschrift f. ger. Med. Bd. 27. Dohrn: Intraperitoneale Blasenruptur nach Überfahren. Vjschrft. f. ger. Med. Bd. 23. 1902. Gądzikiewicz: Najprostsze sposoby zastosowania rachunku prawdopodobieństwa w pracach lekarskich. „Lekarz Wojskowy" Nr. 5, T. II. 1928. Warszawa. Grzywo-Dąbrowski: Wypadki samochodowe, a badania lekarskie szoferów. „Lekarz Polski" 1926. Heise H. A.: Alkohol i automobilowe wypadki. Zdrowie publiczne Nr. 10. 1934. Hoffmann: Schädelbasisbrüche durch Uberfahren. Vjschrft. f. ger. Med. Bd. 56. Suppl. 1918. Hufnagel: Wann darf bei Kreislaufstörungen der Auto- und Motorridführerschein gewährtwerden? Med. Welt. 1932. Hulst: Überfahren vor oder nach dem Tode. D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 10. 1927. Kleffel, Werner: Über die Notwendigkeit regelmässiger ärztlicher Untersuchungen der Kraftfahrer. Ärztl. Sachverst. Ztg. 36. 1930. Marung: Städtebau und Schnellverkehr. Die Ausrundung der Ecken bei Zusammenführung und Kreuzung von Strassen. Techn. Gemeindebl. 33. 1930. Medyński: O śmierci z przejechania. Gazeta Lekarska Nr. 9. 1918. Nippe: Typische Kraftwagenverletzung. D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 9. Parisot—Morin: L'automobile l'omiceide. Annales de Médicine Légale 1923. Piotrowski: Kilka słów w sprawie wypadków samochodowych. Warsz. Czasop. Lek. Nr. 5. 1928. Romanese: Verletzungsmechanismus beim Überfahren. D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 3. 1924. Schmieh: Wie können die Autounfälle vermindert werden? Zbl. Gewerbehyg. T. 7. 1930. Schmitt: Strassenhygiene. Gesdh. ing. 1928. II. Simonin: La Médicine Légale et la Médicine Sociale des Accidents d'automobiles. Annales de Méd. Légal. 1931. Strassmann. Tödliche Automobilverletzungen. Vjschrft f. ger. Med. Bd. 43. 2. Suppl. Strassmann: Pneumonie nach Überfahren. Vjschrift. f. ger. Med. Bd. 59. 1920. Sheehan: Verletzungen durch Automobilverkehr. D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 5. 1925. Weimann: Radspuren an Überfahrenen. D. Ztsch. f. d. ges. ger. Med. Bd. 10. 1927.

ADAM BUTRYM, Kraków.

AUTOUNFÄLLE IN KRAKÓW IN JAHREN 1924 — 1934.

(Aus den Instituten: für Hygiene (Direktor: Prof. Dr. Witold Gądzikiewicz) und für gerichtliche Medizin (Direktor: Prof. Dr. Jan Olbrycht) der Jagellonischen Universität in Kraków).

Auf dem Gebiet der Stadt Kraków sind in den Jahren 1924 bis 1934—1140 Autounfälle vorgekommen Die Zahl der Unfälle erreichte—

langsam sich erhöhend—ihren Höhepunkt im Jahre 1930, in welchem 190 Autounfälle zu verzeichnen waren. Von diesem Jahre verringert sich wieder diese Zahl bis auf 134 Fälle im Jahre 1933. Der grösste Prozentsatz der Autounfälle fällt auf die Sommermonate. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Monaten, nach der Wahrscheinlichkeitsrechnung geprüft, sind nur zufällig. Dagegen lassen sich die wirklichen Unterschiede zwischen der Sommer- und Winterszeit nachweisen. Nach den Tagen der Woche fällt die grösste Zahl der Autounfähle auf den Montag (18,9%), dann auf den Sonnabend (16%) und auf den Sonntag (14,6%). Nach den Stunden auf 4 Uhr (9,3%) und 6 Uhr (8,9%) nachm. Das weibliche Geschlecht fällt dem Autounfall seltener zum Opfer als das männliche (68,4%). Nach dem Alter werden meistens Leute im Alter von 20—34 Jahren beschädigt (38,9%). Darauf folgt die Jugend im Alter von 15—19 Jahren (9%), dann Kinder bis zum 14. Lebensjahre (7.3%) und an letzter Stelle Leute im Alter von über 50 Jahren. Dem Berufe nach bilden die Arbeiter den grössten Prozentsatz (20,3%), dann Leute ohne Beruf (19,3%), Schüler (11,8%), Dienstboten (8,6%) und Beamte (8,5%).

Die am öftesten vorkommenden Verletzungen betreffen die unteren Gliedmassen (32%) und den Kopf (29,8%); erst darauf folgen die oberen Gliedmassen (22,8%). Die Arten der Verletzungen sind sehr verschieden. Am häufigsten kommen Hautabschürfungen und Blutunterlaufungen (49,8%) vor. Auch die Knochenbrüche nehmen eine sehr ernste Position ein (13,9%) und gleich darauf Risswunden mit 13,8%. Die Ursache der Autounfälle liegt im Verschulden des Fussgängers, oder des Autoführers, weiters ist sie Folge unsachgemäss geführter Verkehrsregulierung, unzureichender Weite der Strassen und erst zuletzt Folge der Schadhaftigkeit des Automobils. Verschuldet den Unfall der Fussgänger, so ist der Grund dazu fast immer Unvorsichtigkeit, augenblickliche Unaufmerksamkeit, Fehlen der völligen Selbstbeherrschung, oder Fehlen gewisser psychischer Fähigkeiten. Die Schuld des Autoführers liegt in der Überschreitung der Verkehrsvorschriften, oder im Überschreiten der Anforderungen der Sicherheit. Besonders aber eine grosse Rolle spielt der Alkoholismus, sowie auch die psychische Geschicklichkeit des Autoführers. Was die Verhütung von Autounfällen anbelangt, so sollte man das Publikum in dieser Richtung ausbilden und die Kraftwagenführer einer gründlichen ärztlichen Untersuchung und einer psychotechnischen Prüfung unterziehen.

Die Zahl der Autounfälle hängt von verschiedenen Faktoren ab, welche sehr verschiedener Natur sind. Was Kraków anbelangt, so spielt das Missverhältnis zwischen der anwachsenden Überlastung des Stras-

senverkehrs und der mittelalterlichen Architektur der Stadt eine grosse Rolle. Es gibt eine Menge enger Strassen mit einer Anzahl Verbindungsstrassen, unübersichtliche Krümmungen und fatale Kreuzungen. Die meisten Autounfälle hat die Starowiślna-Strasse zu verzeichnen, nämlich 140 Fälle (12,3%), wovon 38 auf die Kreuzungen in der Nähe der Hauptpost fallen. Die zweite Stelle nimmt der Haupt- und der Kleine Ringplatz mit den Kreuzungen ein, wo die Zahl der Unfälle 85 (7,4%) beträgt. Eine der gefährlichsten Stellen ist die Mündung der Szpitalna- und Mikołajewska-Strasse in den Kleinen Ringplatz, wo jedoch nur 30 Überfahrungen notiert wurden, was nur der aussergewöhnlichen Aufmerksamkeit der Autofahrer und der strengen Innehaltung der Verkehrsvorschriften von seiten der Passanten zu verdanken ist. Die nächsten Stellen nehmen in der Reihenfolge folgende Strassen ein: Zwierzyniecka - Strasse und die Kreuzungen mit den Straszewski- und Franciszkańska-Strassen (72 Unfälle), die Długa-Strasse und die Kreuzung Basztowa-Sławkowska-Strasse (70 Unfälle), dann Kalwaryjska-Strasse (65 Unfälle) und endlich die Lubicz-Strasse, auf welcher von der Gesammtsumme 27 Unfälle—16 unter dem Eisenbahnviadukt vorgekommen sind.

Die Entwicklung der mechanischen Verkehrsmittel förderte auch die Steigerung der Anzahl tödtlicher Überfahrungen. In Kraków in dem zehn Jahren 1890 — 1900 (d. i. in der Zeit, in welcher es hier noch keine Automobile gab) auf 943 im Institut für gerichtliche Medizin durchgeführte Leichensektionen betrag die Zahl der tödtlich Überfahrenen nur 42 Fälle. Dagegen in den zehn Jahren 1924—1934 kamen auf 2948 Sektionen 283 tödtliche Überfahrungen vor. In dieser Zahl nehmen die Automobile mit 86 Unfällen die zweite Stelle nach den Unfällen, welche durch Eisenbahn (132 Unfälle), Pferdegespanne (43 Unfälle), Strassenbahnen (19 Unfälle), Radfahrer (3 Unfälle) verursacht wurden.

Den tödlichen Autounfällen fallen am häufigsten Kinder zum Opfer; nach denen folgen Leute im Alter von 50—70 Jahren, öfters Männer (54), weniger Frauen (32).

Die Verletzungen, welche nach tödtlichen Überfahren entstehen, sind sehr vielfältig. Die Anzahl der Verletzungen und deren Art hängen ganz davon ab, an was für einer Stelle sich der Unfall ereignete, auch von der Art des Verkehrsmittels (leichter oder schwerer Wagen), von der Technik des Überfahrens, von der Kleidung des Überfahrenen, wie auch von dessen individuellen Eigenschaften u. s. w. Meistens beobachtet man äusserlich nur leichte Verletzungen. Die äusseren Verletzungen sind: Blutunterlaufungen, Hautabschürfungen, Quetsch- oder Risswun-

den. Von inneren Verletzungen kommen besonders oft die Verletzungen der Knochen und der Organe der Körperhöhlen vor.

In 86 tödtlichen Unfällen betrafen die Verletzungen 44 mal die Schädelhöhle, 26 mal die Brusthöhle, 21 mal die Bauchhöhle. Die Verletzung von zwei Körperhöhlen erfolgte in 18 Fällen, dagegen konnte die Verletzung von drei Körperhöhlen nur in 2 Fällen festgestellt werden. In 11 Fällen war als Todesursache traumatische Lungenentzündung, in 4 Fällen ausgedehnte Lungenfettembolie, in 3 Fällen eitrige Bauchfellentzündung nach Platzen des Dickdarmes, Beckenbruch, Verletzung der Blase, in 1 Fall Erstickung infolge Aspiration des Mageninhaltes in die Lungen festgestellt.

Wegen der sich mehrenden Autounfälle entsteht die Frage der Einrichtung von gerichtlichen Untersuchungsstellen, wo die Automobilunfall-Sachverständigen Feststellungen machen und Erklärungen über die Einzellheiten des Unfalls, wie auch über dessen Ursache abgeben sollen. Ferner muss sich der Kampf gegen die sich mehrenden Autounfälle auf eine rationelle Statistik stützen. Die Registerkarte eines jeden Autounfalls liefert das statistische Material für das Central-Institut. Die bisher gebrauchten Registerkarten bedürfen einer gründlichen Ersetzung, für welche folgendes Muster vorschlagen wird: 1) Vor- und Zuname des Beschädigten, Datum und Stunde des Unfalls, Geschlecht, Alter, Beruf des Verletzten, Art der Körperverletzung (im allgemeinen), Ursache und Ort des Unfalls. 2) Angaben bezüglich des Wagenführers: Vor- und Zuname des Chauffers, Alter, Datum der Ausstellung des Führerscheines, ob er Berufsfahrer oder Amateur ist?, wie lange verweilte er in der Stadt, in welcher sich der Unfall ereignete, ob man bei ihm Anzeichen von Alkoholgenuss feststellen kann? 3) Angaben bezüglich des Wagens: Marke des Wagens, Registernummer, Polizeinummer, Anzahl der bereits gefahrenen Kilometer, Datum der letzten behördlichen Kontrolle des Wagens. Die dementsprechend geführte Registerkarte soll von diensthabendem Polizeibeamten und in grösseren Städten auch von der Rettungsgesellschaft ausgestellt werden und vom Polizeikommissariat in ein Central-Institut, welches derartige Statistiken führt (Magistrat und Wojewodschaftsamt) überwiesen werden.

WIKTOR GRZYWO-DĄBROWSKI.

SAMOBÓJSTWO W WARSZAWIE W R. 1934. SAMOBÓJSTWA ROZSZERZONE W POLSCE W R. 1934.

(Na podstawie Miesięcznika Statystycznego Magistratu m. Warszawy i wykazów Zakładu Medycyny Sądowej Uniw. Warszawskiego).

Tablica I.

Zamachy i zgony samobójcze według płci i miesięcy.

	I.	II.	III	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII	Razem	w r. 1933
Mężczyźni														
Zamachy	65	59	51	64	54	60	62	55	64	64	59	70	727	632
Zgony	23	18	17	19	24	22	22	17	12	13	14	20	221	193
Kobiety														
Zamachy	66	62	72	70	58	60	66	52	71	63	63	51	754	762
Zgony	6	12	17	13	12	14	11	12	9	11	17	14	148	158

Ogółem zamachów 1481 (w r. 1933 — 1394)
Ogółem zgonów 369 (w r. 1933 — 351)

Jak widać z powyższego zestawienia, w r. 1934. jak zresztą i w latach poprzednich, kobiety częściej niż mężczyźni godziły na swe życie: zamachy kobiet wynosiły 51% (w r. 1933 — 54, 7%; 1932 — 55, 1%), mężczyzn — 49% (w r. 1933 — 45, 3%; 1932 — 44, 9%).

Na 727 zamachów mężczyzn zgon był następstwem w 221 przypadkach, to znaczy w 30,3% (w r. 1933 — 30,6%), na 754 zamachów kobiet — w 148 przypadkach, to zn. w 19,6% (w r. 1933 — w 20,7%).

W porównaniu z r. 1933 ogólna ilość zamachów wzrosła o 87 przypadków, zwiększenie to przypada tylko na mężczyzn, gdyż ilość zamachów kobiet zmniejszyła się o 8 przypadków. Ilość zgonów (mężczyzn) zwiększyła się o 18.

Z tabliczki Nr. 1 widać, że kobiety, aczkolwiek częściej niż mężczyźni popełniają zamachy samobójcze, rzadziej jednak umierają z ich powodu. Tę dość znaczną różnicę w zejściach zamachów samobójczych objaśniamy tem, że kobiety częściej posługują się mniej pewnemi sposobami oraz że zamachy kobiet mają naogół mniej poważny charakter, nie zawsze bywają doprowadzane do końca, kobiety chętniej niż mężczyźni udają się po zamachu o pomoc lekarską i t. p.

O ile przyjmiemy, że w r. 1934 Warszawa liczyła ok. 1.200.000 mieszkańców, na 100.000 mieszkańców wypadnie ok. 123 zamachów (w r. 1933 — 118) i około 30 zgonów (w r. 1933 — 29,5). Dla porównia przytoczę za Roesnerem dane co do liczby samobójstw (zgonów) w większych miastach w latach 1923/27, w liczbach okrągłych, obliczonych na 100.000 mieszkańców:

Budapeszt — 49, Wiedeń — 40, Hamburg — 41, Berlin — 37

(w r. 1932 — 53), Charków — 32, Zürich — 32, Praga — 30, Gdańsk — 29, Leningrad — 28, Kijów — 28, Helsingfors — 24, Kopenhaga—23, Stokholm — 19, Paryż — 18, Chicago — 13, Londyn — 11, Bukareszt — 11, Oslo — 9, Teheran — 4, Kair — 2.

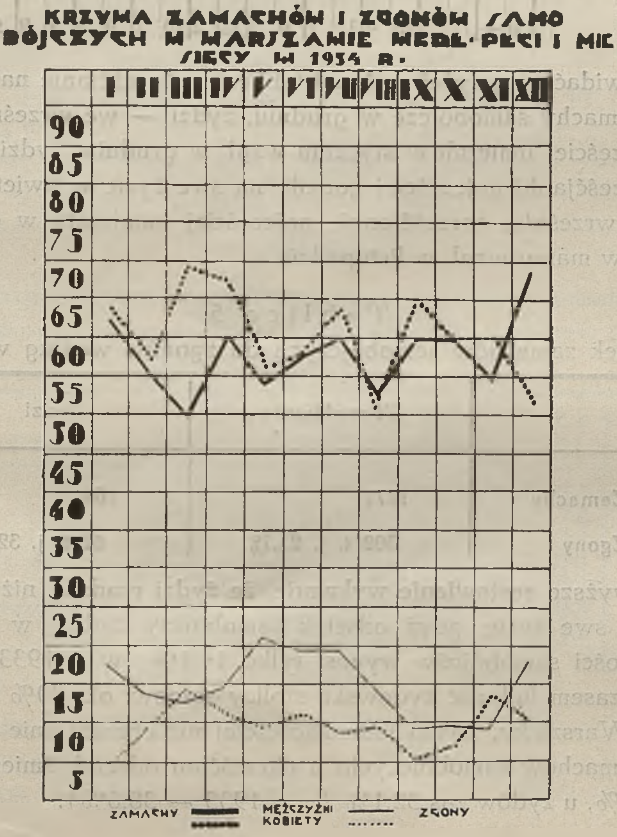
Tablica 2.

Zgony samobójcze według wieku i miesięcy.

Wiek	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	Razem	w r. 1933
od l. 15—19	—	1	1	5	1	4	4	1	—	2	1	—	20	29
„ 20—39	12	16	18	12	23	17	16	14	12	16	16	18	190	176
„ 40—59	14	9	11	11	6	9	6	6	6	5	9	10	102	92
powyż. l. 60	3	3	3	4	5	5	7	7	3	1	5	6	52	44
Nieustalony	—	1	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	5	10
Razem	29	30	34	32	36	36	33	29	21	24	31	34	369	351

Jak widać z tabliczki Nr. 2, zgony wskutek samobójstwa najczęściej występowały w maju i czerwcu (w r. 1933 — w czerwcu), najwięcej zgonów stwierdzano w wieku pomiędzy 20 a 39 r. życia.

Tablica 3.



Jak widać z powyżej przytoczonej krzywej. mężczyźni najczęściej popełniali zamachy samobójcze w grudniu i styczniu (w r. 1933—w maju i październiku), kobiety zaś — w marcu i wrześniu (w r. 1933—w sierpniu i październiku).

Tablica 4.

Samobójstwa według miesięcy i wyznania (ch. oznacza chrześćjan, ż—żydów).

	I.		II.		III.		IV.		V.		VI.		VII.		VIII.		IX.		X.		XI.		XII.	
	ch.	ż.	ch.	ż.	ch.	ż.	ch.	ż.	ch.	ż.	ch.	ż.	ch.	ż.	ch.	ż.	ch.	ż.	ch.	ż.	ch.	ż.	ch.	ż.
Mężczyźni																								–
Zamachy . . .	57	8	47	12	44	7	55	9	45	9	50	10	48	14	44	11	49	15	54	10	50	9	65	
Zgony	21	2	15	3	15	2	15	4	17	7	17	5	18	4	12	5	8	4	11	2	10	4	18	2
Kobiety																								
Zamachy	62	4	51	11	60	12	65	5	48	10	55	5	61	5	46	6	58	13	55	8	56	7	47	4
Zgony	6	—	11	1	13	4	12	1	9	3	12	2	10	1	9	3	7	2	9	2	13	4	14	—

Jak widać z powyżej podanej tabliczki, chrześćjanie najczęściej popełniali zamachy samobójcze w grudniu, żydzi — we wrześniu, chrześćjanie najczęściej umierali w styczniu wzgl. w grudniu, żydzi — w maju.

Chrześćjanki najczęściej godziły na swe życie w kwietniu, żydówki — we wrześniu, chrześćjanki najczęściej umierały w grudniu, żydówki — w marcu wzgl. w listopadzie.

Tablica 5.

Stosunek zamachów samobójczych do zgonów według wyznania.

	Chrześćjanie	Żydzi
1. Zamachy	1272	209
2. Zgony	302 t. j. 23,7%	67 t. j. 32,1%

Powyższe zestawienie wykazuje, że żydzi rzadziej niż chrześćjanie godzą na swe życie, gdyż odsetek samobójczy żydów w stosunku do ogólnej ilości samobójców wynosi tylko 14,1% (w r. 1933 — 14,2%), gdy tymczasem ludność żydowska stolicy stanowi ok. 30% ogółu mieszkańców Warszawy. Żydzi jednak częściej niż chrześćjanie umierają naskutek zamachów samobójczych: u chrześćjan odsetek śmiertelności wynosił 23,7%, u żydów zaś 32,1% (w r. 1933 — 38,6%).

Tablica 6.

Zamachy i zgony samobójcze według rodzaju, płci i miesięcy. (Odsetki obliczono w stosunku do ilości zamachów tejże płci).

	I.	II.	III.	IV.	V.	VI	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	Razem	%
1. Otrucia M.	38	37	26	27	24	34	34	38	44	46	42	54	444	47,6
K.	66	64	62	71	51	48	62	54	60	69	63	47	717	80,1
Razem	104	101	88	98	75	82	96	92	104	115	105	101	1161	63,8
2. Postrzały M.	10	11	10	14	18	11	20	10	3	5	11	10	133	14,2
K.	—	—	2	2	3	3	4	—	1	2	—	2	19	2,1
Razem	10	11	12	16	21	14	24	10	4	7	11	12	152	8,1
3. Rany cięte i kłute M.	16	6	5	11	7	6	9	5	7	12	6	9	99	10,6
K.	1	2	2	1	—	3	4	1	4	2	1	—	21	2,5
Razem	17	8	7	12	7	9	13	6	11	14	7	9	120	6,5
4. Powieszenie M.	16	10	19	15	12	9	14	7	3	4	5	12	126	13,5
K.	—	1	5	—	2	2	1	1	2	—	4	—	18	2,1
Razem	16	11	24	15	14	11	15	8	5	4	9	12	144	7,8
5. Utonięcie M.	—	—	1	—	—	4	3	—	—	1	1	—	10	1,0
K.	—	1	1	2	—	3	1	—	—	—	1	4	13	1,4
Razem	—	1	2	2	—	7	4	—	—	1	2	4	23	1,2
6. Skok z wysokości M.	7	7	4	14	12	14	3	8	14	12	7	—	102	10,9
K	4	3	14	9	11	11	6	6	13	5	8	6	96	10,7
Razem	11	10	18	23	23	25	9	14	27	17	15	6	198	10,8
7. Inne M.	1	—	2	—	2	—	5	3	1	—	—	2	16	10,7
K.	3	—	1	1	3	—	—	1	—	1	1	—	11	10,2
Razem	4	—	3	1	5	—	5	4	1	1	1	2	27	10,4

Tablica 7.

Zamachy i zgony samobójcze według rodzaju i wyznania. (Odsetki obliczone w stosunku do ilości zamachów i zgonów swej grupy wyznaniowej).

	Chrześćjanie				Żydzi			
	M	%	K.	%	M.	%	K.	%
1. Otrucia	382	50,0	646	82,7	62	36,9	73	63,4
2. Postrzały	120	15,7	19	2,4	13	7,0	—	—
3. Rany cięte i kłute	93	12,1	20	2,5	7	4,1	1	0,8
4. Powieszenie się	90	11,7	15	1,9	36	21,4	3	2,6
5. Utonięcie	9	1,1	12	1,5	2	1,1	1	0,8
6. Skok z wysokości	58	7.5	59	7,5	44	26,0	37	32,1
7. Inne	12	1,5	11	1,4	4	2,2	—	—
Razem	764		782		168		115	

Jak widać z tablicy Nr. 6 w Warszawie zarówno mężczyźni jak i kobiety w celu pozbawienia się życia najczęściej posługują się trucizną (mężcz. 47,6%, kob. 80,1%), przytem jak wykazuje tab. 7, ta przewaga

otrucia dotyczy w równej mierze chrześćjan i żydów. U mężczyzn na drugiem miejscu jako sposób pozbawienia się życia widzimy — u chrześćjan postrzały, u żydów — skok z wysokości, na trzeciem — u chrześćjan zadanie ran, u żydów — powieszenie się. Co się tyczy kobiet — na drugiem miejscu bez względu na wyznanie widzimy skok z wysokości, na trzecim — u chrześćjanek zadanie ran, u żydówek — powieszenie się.

Dla porównania przytoczę za Roesnerem rodzaje samobójstw w niektórych krajach w odsetkach:

	Powieszenie	Utonięcie	Postrzały	Rany cięte i kłute	Otrucie	Skok z wysok.	Przejechanie
1. Niemcy	41,5	13,1	14,4	1,7	21,1	2,5	5,0
2. Szwajcarja	36,5	15,6	22,7	2,5	13,7	4,9	2,8
3. Francja	36,2	26,9	16,8	2,9	7,9	3,2	3,3
4. Anglja	16,0	18,3	5,0	13,5	38,6	3,1	4,4
5. Szwecja	48,6	17,0	17,2	6,3	5,7	—	—
6. Italja	24,6	16 2	24,8	3,9	13,7	10,2	5,8
7. Ameryka P.	18,0	5,0	34,8	5,4	31,7	3,2	0,9
8. Japonja	49,8	17,1	0,9	3 5	15,8	0,3	11,4

Tablica 8*).

Zamachy i zgony samobójcze według przyczyn, płci i wyznania. (liczby w nawiasach oznaczają zgony).

Przyczyny samobójstwa	Mężczyźni			Kobiety			Razem
	Chrześć.	Żydzi	Ogółem	Chrześć.	Żyd.	Ogółem	
1. Brak pracy i środków do życia oraz bankructwa	196 (45)	36 (16)	232 (61)	171 (22)	21 (1)	192 (23)	424 (84)
2. Choroby przewlekłe lub nieuleczalne	20 (13)	5 (4)	25 (17)	15 (11)	4 (3)	19 (14)	44 (31)
3. Rozstrój nerwowy	38 (18)	12 (8)	50 (26)	39 (17)	9 (5)	48 (22)	98 (48)
4 Nieporozumienia rodzinne	53 (11)	7 (4)	60 (15)	90 (13)	13 (1)	103 (14)	163 (29)
5 Sprawy sercowe	17 (9)	1	18 (9)	45 (12)	1 (1)	46 (13)	64 (22)
6. Niechęć do życia i niepowodzenia życiowe	11 (5)	1 (1)	12 (6)	11 (2)	3 (2)	14 (4)	26 (10)
7. Stan nietrzeźwy	26 (2)	— —	26 (2)	4 —	— —	4 —	30 (2)
8. Inne przyczyny	19 (3)	3 —	22 (3)	21 (4)	2 (1)	23 (5)	45 (8)
9. Niewiadoma przyczyna	206 (72)	52 (17)	258 (89)	259 (46)	37 (11)	296 (57)	554 (146)
	586 (178)	117 (50)	703 (228)	655 (127)	90 (25)	745 (152)	1448 (380)

*) Dane zawarte w tab. 6, 7 i 8 otrzymaliśmy dzięki uprzejmości Wydziału Statystycznego m. st. Warszawy za pośrednictwem p Bakałowej, za co pozwalam sobie złożyć uprzejme podziękowanie.

Według przytoczonej tablicy 8 wynikałoby, że najczęstszą przyczyną samobójstwa w Warszawie w r. 1934 były złe warunki materjalne: brak pracy, nędza etc., na drugiem miejscu wchodziłyby w grę wzruszenia psychiczne (kłótnie w rodzinie i t. p.) na trzeciem miejscu — zaburzenia psychiczne i t. d. O ile mi jest wiadomem, dane powyższe są oparte na zeznaniach rodzin samobójców wzgl. ich samych, stąd muszą być przyjmowane b. ostrożnie, gdyż otoczenie samobójcy wzgl. on sam z reguły są skłonni jako przyczynę samobójstwa podawać mniej w ich oczach kompromitujące przyczyny, jak np. warunki materjalne i t. p. i dlatego ta rzekoma przyczyna bywa najczęściej podawana przy wywiadach, natomiast są ukrywane rzeczywiste przyczyny jak np. choroba psychiczna, choroba weneryczna, zawód miłosny i t. p. Na podstawie naszych badań, opartych na przestudjowaniu kilku tysięcy dochodzeń prokuratorskich w sprawach samobójstw, pozwalam sobie wyciągnąć trochę inne wnioski co do przyczyn targnięcia się na życie, co się zaś tyczy specjalnie warunków materjalnych, nędza chroniczna naogół rzadko bywa pobudką do samobójstwa, natomiast nagła ruina materjalna, utrata pracy etc. dość często staje się przyczyną samobójstwa.

Przy badaniu przyczyn samobójstw w Polsce w r. 1931 (patrz Grzywo-Dąbrowski i Manczarski, Samobójstwo w Polsce w r. 1931, Czas. Sąd. Lek 1934) mogliśmy ustalić następującą stopniowość częstości przyczyn samobójstw: tło psychopatologiczne (choroby psychiczne, alkoholizm i t. p.) w 28,6%, tło psychologiczne (kłótnie, nieporozumienia i t. p.) w 27,4%, warunki materjalne w 22%, tło erotyczne (porzucenie przez kochanka, zawody miłosne i t. p.) w 12%, choroby fizyczne w 9%.

Dla porównania przytoczę za cytowanym już Roesnerem przyczyny samobójstwa w Prusach w r. 1928: choroby psychiczne i nerwowe były przyczyną samobójstwa w ok. 33% u mężczyzn, ok. 47% u kobiet; wzruszenia psychiczne — w 27% u mężcz. w 24% u kobiet (na pierwszem miejscu wchodzą tu w grę sprawy erotyczne); cierpienia fizyczne—w 11% u mężcz. w 12% u kobiet; nędza materjalna w ok. 10% u mężcz. ok. 4% u kobiet; zniechęcenie do życia u mężcz. ok. 3%, u kobiet — ok. 2%: nieznane — u mężcz. 15%, u kobiet — ok. 10%.

Jak widzimy z powyższego zestawienia, stopniowość przyczyn samobójstw według Roesnera jest prawie identyczna z ustaloną przez nas.

Według sprawozdania Towarzystwo Doraźnej Pomocy Lekarskiej, ogłoszonego w piśmie „Doraźna Pomoc Lekarska" 1935, Nr. 3—4 str. 11, podział samobójstw według rodzaju przedstawiał się jak następuje:

	Ogółem	Mężcz.	Kobiety	Dzieci
I. Otrucia:				
Otrucie kwasem octowym	505	195	306	4
" " solnym	29	15	13	1
" " siarkowym	14	5	9	—
" innemi kwasami	2	2	—	—
" amonjakiem	6	4	2	—
" ługiem żrącym	33	12	19	2
" innemi zasadami	3	2	1	—
" strychniną	1	1	—	—
" morfiną	1	—	1	—
" opjum	1	—	1	—
" kokainą	1	—	1	—
" innemi alkaloidami	4	3	1	—
" weronalem	14	8	6	—
" luminalem	7	4	3	—
" gardenalem	2	—	2	—
" środkami nasennemi	11	2	9	—
" sublimatem	47	17	30	—
" jodyną	109	32	76	1
" arszenikiem	—	—	—	—
" karbolem	3	1	2	—
" cjankiem rtęci	—	—	—	—
" denaturatem	28	18	10	—
" innemi truciznami	57	23	34	—
" niewiadomemi truciznami	32	12	20	—
" gazem świetlnym	54	19	35	—
II. Postrzały	77	67	10	—
III. Rany cięte i kłute	101	82	19	—
IV. Utopienie	17	11	6	—
V. Powieszenie lub uduszenie	58	52	6	—
VI. Rzucenie się z wysokości	115	56	57	2
VII. Inne rodzaje samobójstwa	22	13	9	-
Razem	1354	656	688	10

Jak widać z powyższego zestawienia, w Warszawie celem otrucia najczęściej bywa używany kw. octowy (w postaci esencji octowej) na drugim miejscu wśród trucizn widzimy jodynę (zresztą nieszkodliwą, gdyż z reguły nie powoduje zejścia śmiertelnego), dość często również bywają używane inne kwasy żrące (siarkowy, solny) i żrące zasady. Z innych trucizn największem powodzeniem cieszy się sublimat i tlenek węgla (zatrucie gazem świetlnym, zaczadzenia).

Zestawienie wyników oględzin zwłok samobójców, dokonanych w Zakładzie Medycyny Sądowej w r. 1934.

W r. 1934 w Z. M. S. dokonano 748 badań zwłok osób powyżej l.15, w tem 132 zwłok samobójców (t. zn. 17,9% ogólnej ilości badanych zwłok), co wobec urzędowo stwierdzonych 369 zgonów wskutek samobójstwa w r. 1934 w Warszawie wykazuje, że zwłoki samobójców tylko w 35,7% przypadków były poddawane urzędowym oględzinom lekarskim.

(w r. 1933 — 30,7%, w 1932 — 18,9%, w 1931 — 35%, w 1930 — 51,9%, w 1929 — 55,3%, w 1928 — 79%).

Tablica 9.
Wyniki badań sekcyjnych zwłok samobójców.

Sposoby pozbawienia się życia	Mężcz.	Kobiety	Razem
1. Przez postrzał. Wlot:			
a) prawa skroń (w tem jeden przypadek mężcz. dwukrotnego postrzału, przytem jedna rana powierzchowna	9	1	10
b) usta (w tem jeden przyp. mężcz. strzał w usta i serce)	4	—	4
c) okolica serca (w tem jeden przyp. mężcz. trzykrotnego zranienia serca i jeden — czterokrotnego)	4	—	4
d) czaszka (m. in. prawe ucho)	3	—	3
2. Zadanie ran ciętych (na szyji, na szyji i kończynach)	3	—	3
3. Rzucenie się pod pociąg	6	—	6
4. Skok z wysokości	8	5	13
5. Powieszenie się	20	3	23
6. Utonięcie	3	7	10
7. Otrucia: a) kw. octowym	4	11	15
b) tlenkiem węgla (zatrucie gazem świetlnym, zaczadzenie)	1	10	11
c) żrącemi kwasami	3	4	7
d) kw. siarkowym	—	4	4
e) cjankiem potasu	2	1	3
f) weronalem	2	—	2
g) sublimatem, karbolem, strychniną, kw. szczawiowym, alkoh. metylowym po jednym przypadku	5	—	5
h) truciznami nieustalonemi	1	3	4
8. Oparzenie się celem pozbawienia się życia	1	—	1
9. Samobójstwa złożone: zażycie kw. octowego i skok z wysokości, otrucie się i rzucenie się do wody	1	3	4
Razem	80	52	132

Samobójstwa rozszerzone.

Na zakończenie podaję zestawienie przypadków t. zw. samobójstw rozszerzonych, które miały miejsce w Polsce w r. 1934. (Materjał ten otrzymaliśmy częściowo na podstawie badania dochodzeń prokuratorskich, prowadzonych w przypadkach samobójstw, częściowo posługując się danemi Zakładu medycyny Sądowej Uniw. Warszawskiego, wreszcie czerpiąc dane z gazet codziennych; oczywiście liczby te nie są kompletne).

Muszę stwierdzić, że t. zw. przypadki rozszerzonych samobójstw nie są notowane w żadnych urzędowych statystykach, i stąd duże są trudności zgromadzenia odpowiedniego materiału, uważam jednak, że dla badania zagadnienia samobójstwa właśnie samobójstwa rozszerzone są spe-

cjalnie ciekawe i mają ważne znaczenie z punktu widzenia zarówno psychopatologicznego jak i sądowo-lekarskiego.

W roku 1934 udało się nam zebrać 74 przypadki tego rodzaju samobójstw (pod samobójstwem rozszerzonem rozumiemy samobójstwo we dwoje, zabójstwo i samobójstwo i t. p.).

1. Samobójstwa wspólne (za wzajemną zgodą):

1. Kochankowie	10	przypadków.
2. Przyjaciele	7	„
3. Małżeństwa	4	„
4 Przyjaciółki	1	„
Razem	22	przypadków.

2. Zabójstwo i samobójstwo:

1. Mężczyzna zabił kobietę i siebie	32	przypadki.
2. Mężczyzna zabija innego mężczyznę i siebie	5	„
3. Mężczyzna zabija własne dzieci i siebie	4	„
4. Mężczyzna zabija kobietę, innego mężczyznę i siebie	3	„
5. Mężczyzna zabija kobietę, dzieci i siebie	3	„
6. Kobieta zabija mężczyznę i siebie	2	„
7. Kobieta zabija własne dzieci i siebie	2	„
8. Kobieta zabija mężczyznę, dziecko i siebie	1	„
Razem	52	przypadki.

3. Ilość ofiar: W przypadkach samobójstw wspólnych w 19 przypadkach było po dwie ofiary, w 3 — po trzy. W przypadkach zabójstw i samobójstw było ofiar (bez sprawcy) po jednej w 42 przyp. po dwie w 6 przyp. po trzy w trzech przyp. i sześć w jednym przypadku.

4. W przypadkach zabójstw i samobójstw najczęściej ofiarami padały kochanki (19 r.), na drugiem miejscu — żony (12 r.), na trzeciem — znajome (10 r.), potem dzieci (9 r.), dalej — kochankowie, rywale, znajomi i t. p.

5. Zawód denatów i sprawców:

	Samob. wspólne	Zabójstwo i samobójstwo[1] (zawód sprawcy)
1. Uczniowie	3	—
2. Uczeń i uczennica	2	—
3. Rzemieślnicy	4	8
4. Robotnicy	3	4
5. Rolnicy	3	6
6. Żołnierze, policjanci	2	2
7. Bezrobotni	2	2
8. Urzędnicy i t. p.	1	5
9. Studenci i t. p.	1	1
10. Służące	1	4
11. Przy mężu	—	2
12. Niewiadome	—	18
Razem	22	52

6. Sposoby pozbawienia się życia.

	Samob. wspólne	Zabójstwo i samobójstwo
1. Postrzały	14	36
2. Otrucie	3	2
3. Rzucenie się pod pociąg	2	1
4. Otrucie gazem świetlnym	2	1
5. Zadanie ran ciętych lub kłutych	—	10
6. Zadanie ran rąbanych	—	1
7. Rażenie prądem elektrycznym	1	—
8. Powieszenie	—	1
Razem	22	52

W przypadkach samobójstw wspólnych zawsze używano jednakowego sposobu pozbawienia się życia, w przypadkach zabójstwa i samobójstwa również prawie zawsze zabójca w ten sam sposób popełniał samobójstwo, w jaki zabił ofiarę, od tej zasady występowały jednak i wyjątki: w 2-ch przyp. sprawca zastrzelił ofiarę, sam zaś zadał sobie rany cięte lub kłute, w jednym przyp. zadania ran ciętych — powiesił się, w drugim — zastrzelił się, w trzecim — otruł się. W przypadku zarąbania ofiary sprawca utopił się, w przypadku zadania ran tłuczonych — powiesił się, po otruciu ofiary również się powiesił.

7. Przyczyny samobójstw i zabójstw.

Samobójstwa wspólne: w 9 przyp. przyczyną było niemożność zawarcia związków małżeńskich, w dwuch — choroba męża, w jednym — złe stopnie w szkole, w 10 — przyczyna była nieustalona

Zabójstwa i samobójstwa: w 9 przyp. odrzucenie przez kobietę zalotów mężczyzny wzg. odmowa zawarcia małżeństwa; w 9 — zdrada kochanki, w 6 — zdrada żony, w 5-ciu zazdrość, w 2-ch zdrada kochanka, w 1-ym nieporozumienia małżeńskie. Przyczyny natury erotycznej wchodziły w grę w 32 przyp. na 52 przyp. naszego materjału. W 7-miu przyp. przyczyną była choroba psychiczna, depresja, alkoholizm. W pozostałych 13-u sprzeczki, choroba fizyczna, złe stopnie i t. p.

Poniżej podajemy krótkie zestawienie poszczególnych przypadków.

Styczeń.

1. W a r s z a w a. 9.I. 51-letni emigrant rosyjski N., dyrektor fabryki, w pierwszy dzień Bożego Narodzenia (obchodzonego według starego stylu) osobiście przybrał choinkę, zapalił ją, wezwał żonę i trzyletnią córeczkę i, podszedłszy z niemi do drzewka, zastrzelił je i siebie. Przyczyna — stan depresji i tęsknota za ojczyzną.

2. K r a k ó w. 6.I. 41-letni S., zawodowy złodziej, dowiedziawszy się po powrocie z zagranicy, że jego kochanka K., lat 23, zdradza go, po gwałtownej scenie dwukrotnie ciężko zranił ją z pistoletu, poczem sam usiłował się zastrzelić.

3. 13.I. Zamieszkała we Lwowie P., w stanie silnego zdenerwowania na skutek przejść rodzinnych, zadała na cmentarzu 5-letniej córce kilka ran brzytwą, poczem tą samą brzytwą probowała pozbawić się życia.

4. Sosnowiec. 41-letni D., emeryt górniczy. w styczniu ciężko zranił na ulicy z pistoletu swą kochankę W., poczem uciekł do domu i tam się zastrzelił. Przyczyna nie została ustalona.

Luty.

5. Warszawa. 6.II. 35-letni handlowiec B., podejrzewając swą przyjaciółkę O. o niewierność, zranił ją po sprzeczce w mieszkaniu trzema strzałami z pistoletu, a następnie popełnił samobójstwo.

6. Warszawa. 21letni szofer C. kochał się bez wzajemności w służącej D. 7.II. pojechali oni za miasto, gdzie, wśród niewiadomych okoliczności, C. zastrzelił D. Zwłoki wyrzucił z samochodu przy szosie, pojechał do zamiejskiej restauracji i tam w ogrodzie się zastrzelił. Przy zwłokach C. znaleziono fotografję D., podartą na drobne kawałki.

7. Wilno. 29.II. 54-letni urzędnik S. zastrzelił w mieszkaniu żonę, córkę i siebie. Przyczyny i okoliczności nie ustalono — zachodzi przypuszczenie, że wchodziły w grę sprawy materjalne. Denat w wilję śmierci pracował do późnej nocy, sprawy, któremi zajmował się w biurze (był buchalterem), pozostawił w porządku.

8. Katowice. 3.II. Dwaj mężczyźni, każdy około 24 l. rzucili się razem pod pociąg, ponosząc śmierć. Przyczyny samobójstwa nie ustalono.

9. Łódź. Robotnik M. ożenił się z młodą dziewczyną. Pożycie ich było niezgodne. Po pewnym czasie żona porzuciła M. i zamieszkała z kochankiem. 2.II. M. przyszedł do żony i namawiał ją do powrotu. Spotkawszy się z odmową, zadał jej brzytwą szereg ciężkich ran, poranił również kochanka i siebie, wreszcie wystrzałem z pistoletu pozbawił się życia.

10. Poznańskie. Kolejarz B., zamieszkały we wsi S., nałogowy pijak, nieraz miewał na tle pijaństwa zajścia z żoną. 16.II. B. wrócił do domu w stanie nietrzeźwym; gdy żona zaczęła mu wymyślać, zastrzelił ją i siebie.

11. Pow. Radomskowski. 26-letni M. kochał się bez wzajemności w niejakiej J. 21.II. M. przyszedł do zagrody J., wywołał ją do sieni i tam dał do niej trzy strzały, które zresztą chybiły. Dziewczyna zemdlała. M., myśląc, że ją zabił, pobiegł do domu, gdzie uderzeniem noża w serce pozbawił się życia.

12. Pow. Brodnicki. 20-letni L. i 17-letnia K., kochając się, lecz nie mogąc się pobrać, postanowili umrzeć wspólnie. 23.II. pod stogiem siana L. zastrzelił ukochaną, a potem sam zranił się ciężko.

13. Miasteczko K. Małżonkowie T. rozeszli się w rok po

ślubie, ponieważ T. zdradzał żonę. Po pewnym czasie T. zaczął namawiać żonę, żeby do niego wróciła, ta jednak odmawiała. 24.II. T. spotkał żonę na ulicy i po bezskutecznych namowach do powrotu zadał jej nożem kilka ciężkich ran, sam zaś uciekł do domu i tam się powiesił.

14. L w ó w. Zarządzający dóbr N. wraz z żoną odebrali sobie życie strzałami z pistoletu. Zdaje się, że żona zastrzeliła męża, a potem siebie. Przyczyną była choroba męża.

Marzec.

15. P o z n a ń. 6.III. Kapral F. przyjechał do pewnego hotelu ze swą narzeczoną. Umieścili się oni w jednym pokoju i zamówili kolację. Gdy następnego dnia przez czas dłuższy nie wychodzili z pokoju, otwarto drzwi i stwierdzono, że leżą oni zupełnie ubrani na łóżkach nieżywi, z ranami postrzałowemi czaszki: F. zastrzelił narzeczoną a potem siebie. Na stole znajdowały się pożegnalne listy. Przyczyna samobójstwa nie została wyjaśniona.

16. 16.III. pod Poznaniem rzucili się pod pociąg, ponosząc śmierć na miejscu uczeń i uczennica gimnazjum, każde w wieku około 16 lat. Ze znalezionych listów wynikało, że samobójstwo miało tło miłosne.

17. 7.III. W miasteczku N. W. kapral B. zastrzelił swą przyjaciółkę D., a następnie siebie. B. był żonaty i miał dziecko, nie mógł otrzymać rozwodu i ożenić się z D.

18. Ł ó d ź. 7.III. Niejaki A. w mieszkaniu swej przyjaciółki L. podczas libacji zabił wystrzałami z pistoletu przyjaciółkę, swego rywala K. i siebie. A. i K .byli przyjaciółmi, lecz stosunki między niemi się popsuły, gdy obaj zakochali się w L. Tragedja rozegrała się na tle zazdrości.

19. Ł ó d ź. 26-letni ślusarz K. zakochał się w młodej dziewczynie, która jednak odrzuciła jego oświadczyny. 11.III. K. czatował na podwórzu na swą ukochaną; gdy jej ojciec, spotkawszy go tam, chciał go uderzyć, K. zranił go wystrzałem z pistoletu. Na odgłos strzału wybiegła córka — K. zranił i ją, poczem sam się zastrzelił.

20. P r u s z k ó w. 17.III. otruli się w mieszkaniu małżonkowie C. Przyczyną samobójstwa były, zdaje się, złe warunki materjalne.

21. 20.III. we wsi Z. pod Warszawą gospodarz T. zastrzelił mężatkę J., a potem siebie. Przyczyną była odmowa porzucenia męża i poślubienia T.

22. L u b l i n. 21.III. niejaki S. powiesił żonę, a potem sam się powiesił. Przyczyna nie została wyjaśniona.

23. W a r s z a w a. 20.III. dwaj gońcy, chłopcy 18-letni, odebrali sobie razem życie przez zatrucie gazem świetlnym. Przyczyna niewyjaśniona.

24. 27.III. 26-letni piekarz zastrzelił na ulicy 27-letnią posługacz-

kę, poczem zaczął uciekać i, przebiegłszy kilka ulic, zastrzelił się. Przyczynę zabójstwa i samobójstwa wyjaśnia list, znaleziony przy denacie: „Proszę nikogo nie winić o śmierci, gdyż sam wymierzam sobie sprawiedliwość. Uczyniłem to tak, bo bardzo kochałem Marysię, a ona ostatnio kochała innych, a mnie unikała".

25. K r a k ó w (data nieustalona). 25-letnia kobieta porzuciła przed rokiem męża, który jednak nieomal co niedzielę ją odwiedzał. Krytycznego dnia poszli oni razem do restauracji, poczem udali się na spacer, podczas którego mąż zaczął wyrzucać żonie, że go zdradza, wyjął pistolet i zranił ją, a gdy upadła, zaczął ją bić kolbą. Gdy nadbiegli przechodnie, uciekł i zastrzelił się na dalszej ulicy.

Kwiecień.

26. D u k l a. 22-letni W. zranił nożem narzeczoną, poczem usiłował otruć się jodyną. Przyczyna — odkładanie przez narzeczoną terminu ślubu.

27. 7.IV. pod Białą Podlaską 25-letni U. zastrzelił przez okno swą narzeczoną, a potem zadał sobie ciężką ranę.

28. 10.IV. 40-letni pozbawiony posady pracownik kolejowy zastrzelił na ulicy kochankę za jej zgodą, a potem siebie. Denat był żonaty, z kochanką miał dziecko. Najprawdopodobniejszą przyczyną były scysje na tle erotycznym.

29. 16.IV. w osadzie wojskowej w okolicy Łucka osadnik T. oświadczył się ukochanej dziewczynie; otrzymawszy odmowę, zranił ją w głowę wystrzałem z pistoletu, poczem uciekł w pole i tam się zastrzelił.

30. Ł ó d ź. 29.IV. 41-letni przemysłowiec D. otruł się z żoną weronalem, otruwszy przedtem 11-letnią córeczkę. Jak się zdaje, przyczyną były trudności finansowe. D. zostawił szereg listów, tłumacząc przyczynę samobójstwa.

Maj.

31. 1.V. we wsi D. pod Zaleszczykami miało miejsce następujące wspólne samobójstwo dwojga kochanków. 35-letni szewc J., człowiek żonaty, ojciec dwojga dzieci, zakochał się z wzajemnością w 20-letniej dziewczynie. Nie mogąc się pobrać, zdecydowali się wspólnie umrzeć. Wyprawiwszy sobie ucztę weselną, ubrali się w odświętne suknie, zastawili stół flaszkami z wódką i jedzeniem, położyli na stole złoty zegarek, obrączki ślubne, dobiazgi, przypominające prezenty ślubne, fotografję, przedstawiającą ich razem, i wspólnie przez nich pisany pamiętnik. W pamiętniku opowiedzieli oni swe przeżycia i decyzję popełnienia samobójstwa oraz polecili, aby 50-złotowym banknotem, który zostawili na stole, opłacono orkiestrę, mającą grać na ich pogrzebie. Fotografję wspólną prosili

umieścić nad ich trumną. Koło 4 g. nad ranem J. zastrzelił kochankę i siebie.

32. K o ł o m y j a. 33-letni S., w napadzie ostrej psychozy, ciosami noża w serce zabił kochankę, poczem w tenże sposób pozbawił się życia.

33. W a r s z a w a. 5.V. 24-letni student politechniki G. zastrzelił swą żonę, za jej zgodą, a potem siebie. Okoliczności samobójstwa były następujące. G. był ciężko chory, przeszedł niedawno ciężką operację i groziła mu operacja powtórna, której nie chciał się poddać. Denaci pozostawili listy. Mąż w swoim liście pisze: „Tak się składa, że muszę poruszyć sprawy materjalne nawet w liście pożegnalnym. Popełniam samobójstwo, gdyż nie chcę poddać się drugiej operacji. Ostatnia operacja złamała mię ostatecznie. G." Na kartce, napisanej przez żonę, były słowa: „Zgadzam się na pójście do ziemi, bo go kocham". List do matki żony: „Jak mamusia przyjdzie do mnie, to już nas nie będzie na tym świecie".

34. R u d a P a b j a n i c k a. 8.V. w lokalu posterunku Policji posterunkowy W. zastrzelił w nocy kolegę S., a potem siebie. W liście, pozostawionym na stole, W. wyjaśnia, że S. uwiódł mu żonę, wskutek czego zdecydował się on zabić rywala i siebie.

35. 16.V. mieszkanka Łodzi, C., dowiedziawszy się, że jej kochanek, z którym żyła od 9 lat, chce się ożenić z inną kobietą, w nocy wypaliła mu oczy kwasem solnym, oblała tymże kwasem jego dzieci, w wieku 12 i 15 lat, poczem tymże kwasem solnym otruła się.

36. P ł o c k. 17.V. dzierżawca S. zastrzelił adwokata B., a potem siebie. Przyczyna nie ustalona.

37. W i l n o. 23.V. nauczyciel M. na cmentarzu zranił ciężko strzałami z pistoletu żonę, z którą od roku żył w seperacji i którą zaprosił na cmentarz dla omówienia sprawy rozwodu, potem popełnił samobójstwo.

38. S o l e c K u j a w s k i. 19.V. inkasent F. wstąpił do pewnego sklepu i poprosił właściciela H. o zmianę kilku tysięcy złotych. W czasie liczenia pieniędzy H. usiłował odważnikiem zabić F., który jednak zdołał się obronić. H., lękając się zaaresztowania, uciekł i powiesił się na drzewie pod miasteczkiem.

39. S t a n i s ł a w ó w. 28.V. konduktor kolejowy S., l. 34, rzucił się z 5-letnim synkiem na ręku pod pociąg i poniósł śmierć na miejscu; dziecko uległo tylko lekkiemu potłuczeniu. Przyczyną były nieporozumienia małżeńskie.

Czerwiec.

40. W a r s z a w a. 19-letnia kelnerka S. kochała się w niejakim K., w niej zaś kochał się bez wzajemności zecer L. Krytycznego dnia S. wzięła pokryjomu pistolet L., powróciła do siebie i tu zastrzeliła się w

obecności L. L. zabrał broń i, przyszedłszy do swego mieszkania, odebrał sobie życie strzałem z tegoż pistoletu.

41. Brwinów. 25-letnia G., żona buchaltera, zakochała się w jednym znajomym, porzuciła męża i zamieszkała z kochankiem. Po kilku dniach mąż wykrył miejsce zamieszkania żony, przyszedł tam podczas nieobecności kochanka, zamknął drzwi, pozawieszał okna i zastrzelił żonę. Następnie napisał list do rodziny, w którym wyjaśnia, że nie może przeboleć zdrady żony ani przestać ją kochać, wskutek czego zabija ją i siebie. Po napisaniu listu pozbawił się życia.

42. 6.VI. we wsi P. umysłowo chory M. zarąbał siekierą żonę i ciężko zranił szwagra, poczem rzucił się do rzeki i utonął.

43. Tarnów. Trzech uczniów seminarjum nauczycielskiego, w wieku 20 — 22 l., po otrzymaniu niedostatecznych ocen postanowiło wspólnie odebrać sobie życie. 17.VI udali się oni do lasku i tam jeden po drugim zastrzelili się z tegoż samego pistoletu.

44. Bełz. 24-letnia żona sędziego, chora na gruźlicę, w stanie silnego zdenerwowania, przecięła żyły na rękach 6-letniego swego dziecka, a potem podcięła sobie szyję. Jak się zdaje, przyczyną była rozpacz, że jest beznadziejnie chora i że zaraziła dziecko gruźlicą. Denatka pozostawiła list następującej treści: „Nie mam poco żyć, nie chcę męczyć siebie i ciebie, nie chcę być przyczyną twojej choroby i śmierci. Naszego Władzia zabieram ze sobą, bo temu najdroższemu dziecku wraz z życiem musiałam dać i chorobę i nie chcę, aby biedna chora sierota pozostała bez matczynej opieki. Daruj mi, gdyż wiem, że sprawiam ci ból, ale wierz mi, że według mego mniemania tak będzie lepiej. Lepiej, że przyszło to nagle, niżbyś miał patrzeć na powolne konanie żony i dziecka".

45. Miasteczko S. 26.VI kapral W. zastrzelił na ulicy swą narzeczoną, 25-letnią G., i siebie. Pokochawszy się, chcieli oni się pobrać, lecz władze wojskowe nie udzieliły pozwolenia na ślub. Z notatki, pozostawionej przez zmarłych, widać, że wspólnie zdecydowali się oni skończyć z życiem.

46. Warszawa. 28.VI 25-letni B. zastrzelił pod Powązkami swego przyjaciela K., za jego zgodą, oraz siebie .K. niedawno stracił żonę i dziecko, co, zdaje się, nasunęło mu myśl o samobójstwie. Z jakiego powodu B. targnął się na swe życie, nie ustalono.

Lipiec.

47. Warszawa. 5.VII rzeźnik S. zastrzelił w kuchni swą kochankę, służącą W., lat 20, a potem siebie. Przyczyną było to, że W. chciała zerwać stosunek z S.

48. Rybnik. 10.VII dozorca zakładu psychjatrycznego, zdradzający cechy choroby psychicznej, przeprowadził przez specjalnie zro-

błony w drzwiach otwór rurkę gumową, połączył ją z kurkiem gazowym i otruł się wraz z sześciorgiem dzieci w wieku 1 — 9 lat w sypialnym pokoju.

49. M a r k i. 19.VII 20-letni K. zastrzelił 16-letnią uczennicę oraz siebie. Tło sprawy miało podłoże erotyczne.

50. Lw ó w. 25.VII został na ulicy zabity z pistoletu dyrektor państwowego gimnazjum ukraińskiego W. Sprawca S. uciekał, a dopadnięty przez policję zastrzelił się.

51. Wieś N. 24.VII 21-letni P., włościanin, zastrzelił 19-letnią G., córkę gospodarza, oraz siebie. Przyczyna — brak zgody rodziny G. na ich małżeństwo.

52. W a r s z a w a. 24-letni M. był zazdrosny o narzeczoną i nieraz robił jej sceny, że chodziła z innemi mężczyznami. Krytycznego dnia po gwałtownej sprzeczce kilkoma strzałami zabił narzeczoną, poczem sam się zastrzelił.

53. W ł o c h y. 31-letni piekarz S. miał narzeczoną, l. 26. Pewnego dnia żąda od niej, aby ostatecznie ustaliła termin ślubu. Gdy narzeczona dawała wykrętne odpowiedzi, S. zastrzelił ją i siebie.

Sierpień.

54. L w ó w. 41-letni właściciel sklepu K. od pewnego czasu zdradzał zaburzenia psychiczne, skarżył się, że żona wsypuje mu do jedzenia truciznę i t. d. 9.VIII K. całą noc pisał o żydach, i o konieczności walki z niemi. Między innemi napisał: „Muszę mordować i popełnić samobójstwo, bo nie mogę pozwolić na równoczesną zagładę mojej staruszki matki". Około g. 5 K. sztyletem zadał śpiącej żonie kilka ran, a gdy ta zerwała się z łóżka i zaczęła uciekać, dogonił ją w kuchni i zabił. Potem popełnił samobójstwo, zadając sobie jedenaście ran kłutych.

55. G o s t y n i n. Handlarz S. podejrzewał żonę, że go zdradza. Pewnego dnia, powróciwszy niespodziewanie do domu i zastawszy u żony znajomego, zabił go z pistoletu, poczem wybiegł w pole i tam się zastrzelił.

56. L u b l i n. 13.VIII do jednego z hoteli przyjechał zamożny rolnik H., l. 41, z dwojgiem dzieci (8 i 9 l.) i kochanką. Następnego dnia wczesnym rankiem H. zastrzelił dzieci, kochankę i siebie. Przyczyna nie została wyjaśniona.

57. W i l n o. 16.VIII 35-letni stolarz nożem ciężko poranił swą kochankę, a potem przeciął sobie powłoki brzuszne, na skutek czego zmarł. Przyczyną było że kochanka postanowiła go porzucić; udając, że się na to zgadza, zaprosił ją na pożegnalną ucztę i podczas niej wykonał uplanowany zamach.

Wrzesień.

58. 4.IX we wsi Z. rolnik G. zastrzelił swą narzeczoną i siebie. Przyczyną jak się zdaje, był zamiar narzeczonej zerwać z G.

59. Z a m o ś ć. Podporucznik kochał się w żonie kolegi. 20.IX zastrzelił ją, poczem sam ciężko się zranił. Przy zwłokach żony mąż usiłował popełnić samobójstwo; rozbrajany, wypadkowo zranił znajomego.

Październik.

60. 26-letni czeladnik rzeźnicki K. kochał się w ekspedjentce Z. i chciał, aby wyszła za niego. Rodzice Z. nie zgadzali się na małżeństwo, wobec czego Z. zerwała wszelkie stosunki z K. 3.X K. podbiegł do Z., jadącej rowerem do domu, przewrócił ją i zabił kilku ciosami noża. Następnie sam zranił się w pierś i przeciął sobie szyję.

61. Z i e m i a W i l e ń s k a. 5.X 25-letni K. zastrzelił znajomą swoją G. l. 22, poczem popełnił samobójstwo. Tło miłosne.

62. P u ł t u s k. 26-letni G. zastrzelił 18.X bratową i siebie. Bratowa niedawno rozeszła się z mężem i nieraz publicznie wypowiadała swe pretensje do niego. Krytycznego wieczoru G. przyszedł do bratowej dla omówienia spornych kwestji. Wynikła kłótnia i, w następstwie jej, tragedja.

63. J a b ł o n n a. 21.X 21-letni D. w sprzeczce z narzeczoną zabił ją z pistoletu, a sam się zastrzelił.

64. W a r s z a w a. 22.X trzy kobiety — dwie służące, w wieku po lat dwadzieścia kilka, i uczennica, lat 16, pozbawiły się wspólnie życia w ten sposób, że zamknęły się w kuchni, uszczelniły szmatami drzwi i okna i odkręciły kurki gazowe. Denatki zostawiły na stole karteczkę, w której tłumaczą samobójstwo nieporozumieniami rodzinnemi oraz nieotrzymaniem należności za służbę; zdaje się jednak, że nie te były powody samobójstwa.

65. K r a k ó w. 27.X 25-letni szewc D. zastrzelił w parku narzeczoną, za jej zgodą, oraz siebie. D. odbywał służbę wojskową, po ukończeniu której zamierzali oni się pobrać. Ponieważ rodzina narzeczonej nie zgadzała się na ich małżeństwo, postanowili oni pozbawić się życia.

66. Ł ó d ź. 30.X technik dentystyczny J. l. 25, zastrzelił na ulicy swą narzeczoną, 23-letnią G., i siebie. Przyczyną była zazdrość. W liście J. prosi o pochowanie go w jednym grobie z G.

Listopad.

67. B a r a n o w i c z e. 7.XI. niejaki P. zabił dwie swe córeczki (2 i 4 l.), trzecią — 3-tygodniowe niemowlę — poranił, a sam odebrał sobie życie. Podłoże — jakaś choroba denata i dzieci.

68. Z a k o p a n e. 7.XI 34-letni urzędnik Ż. i 32-letni rolnik P. przybyli do Zakopanego, gdzie podali sie za lotników. Przez kilka tygodni

bawili się dobrze, poczem popełnili wspólnie samobójstwo w ten sposób, że przerzucili przez druty wysokiego napięcia kamień na drucie, którym poprzednio się okręcili. W liście do rodziny piszą, że wspólnie odbierają sobie życie, przyczyny jednak nie wyjaśniają.

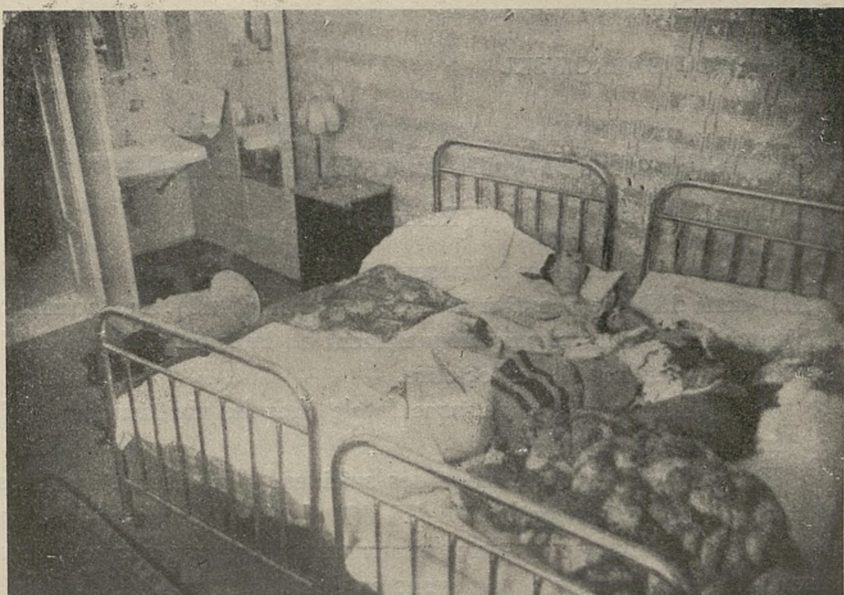
69. Bielsk. U doktora S. pracowała przez kilka lat w charakterze gospodyni niejaka C. Podobno między pracodawcą a C. były bliższe stosunki. W pewnej chwili S. się ożenił i odprawił C., dając jej pewne odszkodowanie. C. odczuła silnie zerwanie i 14.XI, odbierając należność, podczas rozmowy, która przeszła w sprzeczkę, zraniła S. ciężko z pistoletu, poczem sama zraniła się, również ciężko. C. zeznała, że miała żal do żony lekarza i że ją także chciała pozbawić życia.

70. Warszawa. Dwaj przyjaciele, w wieku lat 20 i 26, bezrobotni, w celu pozbawienia się życia, 23.XI wypili na ulicy esencji octowej i spirytusu denaturowanego. Przyczyna — nędza.

71. Łódź. Małżeństwo M. od 6 lat żyło ze sobą bardzo źle; wreszcie żona wyprowadziła się od męża, ten jednak wciąż ją prześladował, domagając się powrotu. Gdy zrozpaczona kobieta zwróciła się do policji, M. 25.XI przyszedł do niej i w obecności 6-letniej córeczki zastrzelił ją oraz siebie.

Grudzień.

72. Warszawa. 2.XII przybyło do Warszawy trzech młodych ludzi, w wieku 20 — 25 lat, pochodzących z Katowic i Szczecina.



Odwiedzili oni szereg rozrywkowych miejsc, raczyli się alkoholem, wreszcie zajęli pokój w hotelu Polonja. Gdy po pewnym czasie służba chciała się dostać do pokoju, a na dobijanie się nikt nie odpowiadał, wyłamano drzwi i stwierdzono, że dwaj młodzieńcy leżą w bieliźnie na łóżku, trzeci, również rozebrany, na podłodze, wszyscy z ranami postrzałowemi o cechach ran samobójczych. W kartce, podpisanej przez wszystkich trzech, było podane, że odbierają oni sobie życie dobrowolnie. Przyczyna tego zbiorowego samobójstwa nie została wyjaśniona.

73. We wsi W. 11.XII bezrobotny zastrzelił na ulicy 25-letnią G., a sam popełnił samobójstwo przez przecięcie sobie szyji i zmarł przy zwłokach zabitej. Powód — odmowa rodziców G. w kwestji małżeństwa.

74. Warszawa. 32-letnia S. była zaręczona z 28-letnim Ł., lecz rodzice Ł. nie zgadzali się na ich małżeństwo. W pewnej chwili do sklepu, właścicielem którego był ojciec Ł. przyjęto młodą ekspedjentkę N., i S. zaczęła podejrzewać, że ma w niej rywalkę. 15.XII S. przyszła do sklepu i z pistoletu ciężko zraniła N., a sama się zastrzeliła.

75. Lwowskie, wieś L. 17.XII 44-letnia wdowa po nauczycielu otruła swego 12-letniego synka, a potem sama się powiesiła. Syn był wybitnie niedorozwinięty psychicznie, nad czem matka bardzo bolała, decydując się ostatecznie zgładzić go ze świata.

W. GRZYWO - DĄBROWSKI.

SUICIDES A VARSOVIE EN 1934 — SUICIDES EN COMMUN ETC. EN POLOGNE EN 1934.

(Résumé).

En 1934 on a commis à Varsovie 1481 attentats de suicide (h. 727, f. 754), dont 369 ont abouti à la mort (h. 221, f. 148). Les hommes attentaient à leurs jours le plus fréquemment au mois de mai et d'octobre, les femmes — en août et en octobre.

Les suicides avaient une issue fatale chez les chrétiens en 23,7%, chez les juifs en 32,1%.

En ce qui concerne le mode des suicides — les deux sexes se sont servi le plus souvent de poison (h. 77, 6%, f. 80%), en second lieu nous voyons chez les hommes les plaies par armes à feu, en troisième — la pendaison. Chez les femmes nous voyons en deuxième lieu la chute d'un lieu élevé, en troisième les plaies par armes à feu et par armes blanches.

En ce jui concerne les empoisonnements on employait le plus souvent l'acide acétique, la teinture d'iode, le gaz d'éclairage, le sublimé, l'alcali caustique, l'acide chlorhydrique etc.

Dans la seconde partie de son travail l'auteur cite 74 cas des suicides à deux, suicides en commun etc. qui ont eu lieu en Pologne au cours de l'année 1934; dans ces cas on employait le plus souvent l'arme à feu; les blessures par instruments piquants et tranchants tiennent le second rang; les empoisonnements sont plus rares.

En ce qui concerne les causes de suicides à deux, c'est l'amour qu'on a trouvé le plus souvent, en deuxième lieu — les perturbations psychiques etc.

NEYMARK EDWARD, redaktor „Revue Pénitentiaire de Pologne", Warszawa.

ROLA LEKARZA W WALCE Z PRZESTĘPCZOŚCIĄ*).

Punktem zwrotnym w historji walki z przestępczością było stworzenie szkoły antropologiczno - kryminalnej przez włoskiego uczonego, lekarza Cezara Lombroso. Jak wiadomo, Cezar Lombroso, w czasie swej praktyki sądowo - lekarskiej, zainteresował się zagadnieniem przyczyn przestępczości i w głośnem swem dziele „Człowiek-zbrodniarz", wydanym w roku 1876, wysunął teorję istnienia zbrodniarza urodzonego. W tym okresie czasu zagadnienie przestępczości, w dzisiejszem rozumieniu tego pojęcia, nie istniało jeszcze. W tym czasie istniały jedynie pojęcia: przestępstwa i jego odpowiednika — kary. Pamiętamy doskonale, że w czasie panowania teorji wolnej woli, w prawie karnem nie zwracano zupełnie uwagi na osobę przestępcy. Zresztą, sprawcą przestępstwa, według ówczesnych pojęć, nie musiał być koniecznie człowiek. Znane są przecież historyczne fakty rzekomego popełniania przestępstw przez przedmioty martwe i zwierzęta. O ile jednak chodzi o sprawców przestępstw — ludzi, to, jak wiadomo, ideałem wymiaru sprawiedliwości było stworzenie dokładnego ustawodawstwa karnego, przewidującego szczegółowo wszystkie czyny przestępne i odpowiednie kary. Przepisy ustawowe były wcielane w życie przez sądy, zaś z kar znano wówczas zasadniczo karę śmierci i karę pozbawienia wolności.

W opisanym okresie czasu lekarz w walce z przestępczością nie grał żadnej roli. Nauka o przestępstwie i o karze, t. j. prawo karne, należało do zakresu prawniczego. Wymiar sprawiedliwości był w rękach prawników, względnie, o ile chodzi o sądy przysięgłych, w rękach zwykłych obywateli. Wykonanie kary śmierci było unicestwieniem przestępcy. Kara pozbawienia wolności była oparta o zasadę odpłaty. Sama kara, jako pojęcie, była odpłatą za grzech przestępstwa. „Punitur, quia peccatum est", było dewizą ówczesnego wymiaru sprawiedliwości. To założenie wymiaru sprawiedliwości odbiega daleko od założeń nauki lekarskiej, opartej o zasadę „primum non nocere". Dopóki zatem wymiar sprawiedliwości miał na celu stosowanie wobec przestępcy kary — odpłaty, kary — dolegliwości, dopóty lekarz w tak pojętej walce z przestępczością nie miał nic do czynienia.

Pierwszy, teoretyczny, wyłom w opisanym stanie rzeczy uczynił wspomniany lekarz włoski Cezar Lombroso. Aczkolwiek teorja jego o istnieniu urodzonego zbrodniarza nie została przez naukę potwierdzo-

*) Referat, wygłoszony na Zjeździe Lekarzy w Poznaniu w r. 1933

na, to jednak, Lombroso, jak wiadomo, stworzył szkołę antropologiczno-kryminalną w prawie karnem. Godzi się zauważyć, iż miał on swych poprzedników, którzy już nieco wcześniej na antropologiczne czynniki zwrócili uwagę. Do nich należeli przedewszystkiem: Lauvergne, autor: „Les forçats du bagne de Toulon considérés sous le rapport physiologique moral et intellectuel" (1841), Lucas, autor: „Traité de l'hérédité" (1847), Ferrus, autor: „Des prisonniers, de l'emprisonnement et des prisons" (1850), Casper, autor ogłoszonych w r. 1854 studjów o fizjognomice zabójców, Winslow, zwracający uwagę na częstotliwość zaburzeń psychicznych u przestępców, Morel, autor: „Des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales" (1857), Thomson, autor: „Psychology of criminals" (1870). Despine, autor: „La psychologie naturelle" (1870) i, wreszcie, Maudsley, autor: „Mental responsability" (1873). Prace te były jednak tylko przyczynkami do studjów nad przestępcą. Dopiero Lombroso stworzył teorję naukową. Główną zasługą Lombrosa i jego następców, do których zaliczają się przedewszystkiem: Tamassia, Virgilio, Morselli, Roseri, Bono, Giacomini. Puglia, Sergi, Marro, Garofalo i Ferri—we Włoszech, Bordier, Manouvrier, Lacassagne i Tadre—we Francji, Benedikt, Flesch, Knecht, Sommer, Richter, Sander, Kurella i Krauss — w Niemczech, Héger, Dallemagne, Warnots i Ramlots—w Belgji, Bielakow i Troicki—w Rosji, było zwrócenie uwagi na osobę przestępcy, a pośrednio—na przyczyny przestępczości. Nauka o przyczynach przestępczości, etjologja kryminalna, właśnie w teorji Cezara Lombroso ma swe źródło i stan dzisiejszy tej gałęzi kryminologji w wielkiej mierze z dzieł Cezara Lombroso, Rafaela Garofalo i Henryka Ferri wypływa.

Długi jednak okres czasu upłynął, zanim z dzieła Cezara Lombroso praktyczne wysnuto wnioski. Przeszliśmy w prawie karnem lata trwający okres walk teoretycznych o karę odwetową i karę celową. A tymczasem, fala nie teoretycznej, ale praktycznej przestępczości, zaczęła zalewać kraje i kontynenty. Przestępczość przestała być zjawiskiem sporadycznem, gdyż liczbę przestępców przestano obliczać w jednostkach, a zaczęto liczyć w tysiącach. Jednocześnie zauważono szczególnie zastraszający objaw — znaczny odsetek recydywistów.

Zagadnienie walki z przestępczością, zwłaszcza zaś walki z przestępczością powrotną, stało się aktualnem w całem tego słowa znaczeniu.

Jednocześnie w nauce prawa karnego zaszła znamienna ewolucja. Prawo karne przestało być całokształtem umiejętności, a stało się jedną z gałęzi całokształtu nauk kryminalistycznych, określanych mianem kryminologji. Kryminologja jest bowiem nauką, obejmującą całokształt zagadnienia przestępczości, t. j. stosunku przestępcy do społeczeństwa i, odwrotnie, społeczeństwa (panstwa) do przestępcy. Kryminologję da-

je się najlepiej podzielić na cztery gałęzie: a) etjologję kryminalną, t. j. naukę o przyczynach przestępczości, b) penologję, t. j. naukę o karze, c) naukę prawa karnego i d) politykę kryminalną, t. j. naukę o walce z przestępczością.

Z tych czterech gałęzi, tylko jedna, t. j. nauka prawa karnego, jest nauką prawniczą. Trzy pozostałe, etjologja kryminalna, penologja i polityka kryminalna, nie powinny i nie mogą pozostać nadal wyłącznym udziałem prawników, albowiem właśnie w ich zakresie wielką, a niedocenioną dotychczas, jest rola lekarza.

Przedewszystkiem, sięgnijmy do etjologji kryminalnej w jej dzisiejszym stanie. Rzeczą niesporną już jest trojakie źródło przyczyn przestępczości, któremi, jak wiadomo, są czynniki: indywidualne, kosmiczne i społeczne. Badanie indywidualnych czynników przestępczości, a więc psychicznej i fizycznej budowy jednostki ludzkiej, wszelkich patologicznych odchyleń strukturalnych i zakłóceń funkcjonalnych, należy właśnie nie do prawa karnego i nie do prawników, ale do medycyny i do lekarzy. Dalej, badanie czynników kosmicznych przestępczości, a więc, przedewszystkiem, wpływów meteorologicznych i klimatycznych, daje o wiele więcej pola do pracy lekarzowi, niż prawnikowi. Również badanie społecznych czynników przestępczości przedstawia duże pole dla pracy lekarza, jeśli wspomnimy tylko o kwestji społecznego charakteru prohibicji i alkoholizmu, o zagadnieniu prostytucji, o kwestji samobójstw i współzależności praktycznej przestępczości i samobójstw.

O ile chodzi o penologję, rola lekarza wysuwa się tu na plan pierwszy. Kara, w dzisiejszem rozumieniu tego wyrazu, zależy nietyle od przestępstwa, ile od przestępcy. Przedewszystkiem, kodeks karny zawiera wyłączenie od stosowania kary tych osób, które nie posiadają możności rozumienia istoty swego działania i kierowania niem. Ponadto, oprócz kar, mamy środki zabezpieczające. Wreszcie, sama kara, w głównej swej postaci — kary pozbawienia wolności — w zakresie czasu jej trwania i sposobu wykonywania — uzależniona jest od cech indywidualnych przestępcy.

Nie ulega żadnej wątpliwości, iż określanie granic niepoczytalności oraz poczytalności zmniejszonej, nie jest funkcją prawniczą, ale lekarską. Również określanie, w stosunku do kogo ma być stosowany środek zabezpieczający zamknięcia w zakładzie dla psychicznie chorych, albo w innym zakładzie leczniczym, — o ile chodzi o osoby, które dopuściły się przestępstwa w związku z nadużywaniem napojów wyskokowych lub innych środków odurzających, albo były uznane za nieodpowiedzialne lub za mające zmniejszoną zdolność rozpoznawania lub kierowania postępowaniem, — wiąże się ściśle z naukami lekarskiemi.

Największe jednak pole do pracy lekarza daje samo wykonanie kary pozbawienia wolności, względnie okres tymczasowego zamknięcia. W murach więziennych w ostatnich trzech dziesiątkach lat praca i rola lekarza wysunęła się na plan pierwszy, a to dzięki stopniowemu wprowadzaniu naukowych badań nad osobą przestępcy. Więzienne laboratorja antropologiczno - kryminalne, względnie biologiczno - kryminalne, stanowią niedocenione jeszcze pole pracy lekarza. Stąd, z tych laboratorjów, lekarz, poświęcający się kryminologji, wyjdzie na szerszą arenę walki z przestępczością.

Nie zamierzam na tem miejscu omawiać historji i organizacji obecnej laboratorjów antropologiczno - kryminalnych. Istnieją one, jak wiadomo, w różnych krajach. Chodziłoby mi jednak o wskazanie, w jakim kierunku szedł rozwój pojęć antropologiczno - kryminalnych i związanych z niemi badań oraz prac.

Jak wiadomo, szkoła antropologiczno-kryminalna wywierała duży wpływ na środowiska południowo-amerykańskie. Pod tym wpływem, Antonio Ballvé w r. 1905, w memorjale, skierowanym do rządu argentyńskiego, zwrócił uwagę na konieczność podjęcia naukowych badań nad więźniami. Ministerstwo Sprawiedliwości, podzielając to przeświadczenie, postanowiło utworzyć w r. 1906 w zakładzie penitencjarnym stołecznym, w „Penitenciaria Nacional de Buenos-Aires" — zakład psychologiczno - antropometryczny, którego kierownictwo powierzono dr. José Ingenieros. Dekretem z 6 czerwca 1907 przekształcono ten zakład w Instytut Kryminologiczny, podzielony na trzy sekcje, wyposażony m. in. w muzeum kryminologiczne, bibljotekę międzynarodową kryminologiczną oraz czasopismo, poświęcone kryminologji, psychiatrji i medycynie sądowej. Zadaniem Instytutu Kryminologicznego jest badanie wszystkich więźniów i opracowywanie dla każdego z nich specjalnego „biuletynu medyczno-psychologicznego", zawierającego nader dokładne dane o osobie więźnia, jego rodzinie, warunkach życia społecznego, karalności, zachowania się w więzieniu, wreszcie—wyniki badań psychiatryczno-psychologicznych, ustalenia etjologiczno-kryminalne i ocenę klasyfikacyjną, jako przestępcy. Tekst biuletynu, jako też szczegółowe dane o Instytucie Kryminologicznym w Buenos-Aires, podają: dr. Eusebio Gomez, dyrektor omawianego zakładu penitencjarnego, w pracy: „La Penitenciaria Nacional de Buenos Aires" (Buenos-Aires 1925, str. 67—72 i 157—177) i prof. dr. Osvaldo Loudet, dyrektor omawianego Instytutu, w pracy: „El Instituto de Criminologia de Buenos Aires — XXV aniversario desu fundacion" (Revista de criminologia, psiquiatria y medicina legal", Buenos Aires, 1932, Nr. 111, p. 257—282). Idąc po linji przesłanek antropologiczno-kryminalnych, przygotowano w ostatnich la-

tach dwa nader ciekawe projekty ustawodawcze o „stanie niebezpieczeństwa", mianowicie: projekt z 29 grudnia 1926 „Proyecto de Ley sobre el „Estado peligroso" de los delincuentes" i projekt z dnia 21 maja 1928 „Proyecto de Ley sobre el „Estado peligroso" sin delito".

W Ameryce Północnej, w szczególności w związku z kwestją wyroków nieokreślonych, zainteresowano się również zagadnieniami antropologiczno-kryminalnemi, podnosząc na miejscu naczelnem sprawę badań psychjatrycznych przestępców oskarżonych i skazanych. W r. 1926 „National Crime Commission" zainicjowała i przeprowadziła ankietę w więzieniach i w sądach. Ankieta odnośnie więzień została ukończona w roku 1927, a odnośnie sądów — w r. 1928. W ankiecie wzięło udział 276 więzień o zaludnieniu 109.075 więźniów; z tej liczby, 93 zakładów przeprowadza badania psychiatryczne, a 35 zakładów stosuje badania psychologiczne. Badania psychiatryczne stosowane są, w szczególności, we wszystkich więzieniach wojskowych. Sądy Stanów Zjednoczonych stosują badania psychiatryczne w szerokim zakresie, uważając udział psychiatry w zakresie wymiaru sprawiedliwości za nader pożądany. 463 sądy (na 2194) kierują oskarżonych do lekarzy-psychiatrów, niezależnych od sądów; 228 sądów przeprowadza specjalne ankiety społeczne, niezależnie od istniejącego systemu „probation". Z pośród sędziów, 81% uważa za wskazane stałe stosowanie badań psychiatrycznych oskarżonych. W Egipcie, na posiedzeniu Instytutu Egipskiego w dniu 7 listopada 1921, sędzia Mégalos Caloyanni, w referacie „Le criminel d'Egypte et la science criminologique", drukowanym następnie w „Bulletin de l'Institut d'Egypte" (Tom IV), przedstawił wynik swych badań nad więźniami, które to badania podjął, jak stwierdza, pod wpływem badań dr. Vervaecka. Autor w swych wywodach z naciskiem podkreślał praktyczną doniosłość zasady „mens sana in corpore sano".

Na kontynencie Europy w najszerszym zakresie badania antropologiczno-kryminalne były i są uskuteczniane w Belgji z inicjatywy i pod kierunkiem cytowanego dr. Ludwika Vervaecka. Zasługują one na szczególne wyróżnienie, gdyż doprowadziły do przekształcenia w tym kraju podstaw represji karnej. W r. 1907 badania te zostały przez dr. Vervaecka zapoczątkowane w więzieniu w Brukseli; studja naukowe nad przestępcami i częściowe oddziaływanie na jednostki anormalne przybierały stopniowo coraz szerszy zakres. Z jednego więzienia, po 4 latach (od 1911), rozpowszechniły się i na drugie więzienie brukselskie (Forest), zaś po latach trzynastu, od 1920, dekret królewski rozszerzył zakres badań antropologiczno-kryminalnych na całokształt więziennictwa belgijskiego; w związku z tem powstały laboratorja w większych więzieniach (Forest i Saint-Gilles w Brukseli, w Lowanjum, Gandawie,

Antwerpji, Liège, Namur, Mons, Bruges i Merxplas). Pomijając niesłychanie ciekawe szczegóły organizacji belgijskich laboratorjów antropologiczno-kryminalnych, zaznaczam, iż podejmowane w nich studja antropologiczne nad przestępcami polegają na ustalaniu czynników i genezy przestępczości, a to za pomocą: lekarskich badań fizycznych i psychiatrycznych więźniów, oraz ankiet społeczno-pedagogicznych. Badaniom podlegają wszyscy więźniowie, skazani na karę więzienia przez conajmniej 3 miesiące, oraz wszyscy więźniowie-recydywiści, bez względu na wymiar kary. Wyniki badań laboratoryjnych spowodowały wydanie w dniu 9 kwietnia 1930 ustawy o obronie społecznej.

W Niemczech badania nad przestępcami zostały wprowadzone w szerokim zakresie, zwłaszcza w Bawarji, w związku z zastosowaniem progresywnego systemu wykonania kary pozbawienia wolności. Prace nad reformą bawarskiego więziennictwa są doskonale zobrazowane w specjelnem trzytomowem wydawnictwie: „Der Stufenstrafvollzug und die kriminalbiologische Untersuchung der Gefangenen in den bayerischen Strafanstalten" (München, 1926, 1928, 1929). Szczegóły tych badań, zresztą bardzo ciekawych i pouczających, zwłaszcza z porównawczego punktu widzenia, na tem miejscu pomijamy.

Nie chcąc rozszerzać nadmiernie ram uwag o badaniach antropologiczno-kryminalnych, zauważymy, iż są one wprowadzane w coraz większej liczbie państw, jak w Austrji, Portugalji, Hiszpanji, Wielkiej Brytanji i in., oczywiście w niejednakowym zakresie. Ostatnio, na konieczność tworzenia laboratorjów tego rodzaju zwrócono uwagę we Francji, przyczem poseł Caujole na posiedzeniu Izby w dniu 2 lipca 1931 r. przedstawił nader ciekawy referat w tej sprawie, popierając w imieniu Komisji do spraw higjeny, projekt Blacque-Belair'a w sprawie badań nad więźniami i osobami skazanemi, oraz w sprawie utworzenia w więzieniach aneksów psychiatrycznych i laboratorjów antropologiczno-kryminalnych („Documents parlementaires, Chambre, Annexe No 5416, p. 1133—1155"). W Polsce jesteśmy właśnie w obliczu podjęcia odnośnych badań nad przestępcami na podstawie ustalonego przez Ministerstwo Sprawiedliwości kwestjonarjusza.

Badania antropologiczno-kryminalne dały już, jak wiadomo, poważne wyniki i doprowadziły do powstania nietylko niesłychanie ciekawych teoryj, jak np. odnośnie przestępczości bliźniąt (Lange) oraz budowy ciała i charakteru (Kretschmer), ale również do bardzo poważnej ewolucji zasad walki z przestępczością, t. j. polityki kryminalnej, jak widzieliśmy np. w Belgji.

Zanim tę kwestję poruszymy, wypadałoby nadmienić, iż wyniki badań antropologiczno-kryminalnych służą z reguły do ustalania zasad

pedagogiki więziennej w stosunku do poszczególnych osobników, a więc, przedewszystkiem, do kierowania więźniów do najodpowiedniejszych zakładów penitencjarnych, a także do ustalania, jakie metody wychowawczo-poprawcze będą wobec nich najskuteczniejsze. Dzięki temu, rola lekarza na terenie więzienia zmieniła zasadniczo swój charakter. Lekarz więzienny przestał być wyłącznie organem podrzędnym, powołanym wyłącznie do przestrzegania higjeny pomieszczeń, badania dobroci pożywienia dla więźniów, okazywania więźniom pomocy lekarskiej, oraz do udzielania opinji o przydatności więźnia do transportu, do odbycia surowszej kary dyscyplinarnej, ewentualnie — do zwolnienia z więzienia, w drodze przerwy kary, z uwagi na stan zdrowia. Lekarz więzienny stał się czynnikiem współrzędnym formalnie, a nadrzędnym — merytorycznie, w stosunku do administracji więziennej, gdyż wyniki jego badań nad osobą więźnia i ustalane przez niego wskazania zaczęły odgrywać coraz poważniejszą rolę w ustosunkowaniu się administracji więziennej do więźnia i w oddziaływaniu na niego. Lekarz więzienny stał się tedy rzeczoznawcą i doradcą naukowym administracji więziennej w jej działalności penitencjarnej, a więc w jej działalności najistotniejszej w zakresie wymiaru sprawiedliwości. Stąd też wynikała zasada powoływania lekarzy w Belgji do Komisyj administracyjnych, będących organem współpracy społeczeństwa z administracją więzienną.

Odnośnie roli lekarza w zakresie polityki kryminalnej należy podnieść na wstępie powstanie — obok kary — środków zabezpieczających. Fakt ten ma znaczenie doniosłe, dowodzi bowiem przekonania, iż istnieją jednostki, w stosunku do których zastosowanie kary — ze względów ściśle indywidualnych — nie jest właściwe, bądź nie wystarcza. Jak wiadomo, do środków zabezpieczających zaliczamy przedewszystkiem: a) umieszczenie w zakładzie zamkniętym dla psychicznie chorych, b) umieszczenie w zakładzie zamkniętym leczniczym, przeznaczonym dla alkoholików lub narkomanów, c) umieszczenie w domu pracy przymusowej, d) umieszczenie w zakładzie dla niepoprawnych. Powyższe środki zabezpieczające mają zastosowanie wobec przestępców: a) uznanych za nieodpowiedzialnych, których pozostawanie na wolności grozi niebezpieczeństwem porządkowi prawnemu, b) uznanych za mających zmniejszoną zdolność rozpoznawania lub kierowania postępowaniem, których pozostawanie na wolności grozi niebezpieczeństwem porządkowi prawnemu, c) których czyn pozostaje w związku z nadużywaniem napojów wyskokowych lub innych środków odurzających, d) u których stwierdzono powrót do przestępstwa, e) zawodowych, f) z nawyknienia.

Powzięcie przez sąd decyzji o zastosowaniu środka zabezpieczającego musi być poprzedzone, oczywiście, odpowiedniemi badaniami nad

przestępcą, badaniami o charakterze antropologiczno - kryminalnym, o których już mówiliśmy. O ile decyzja o zastosowaniu środka zabezpieczającego ma być powzięta w ten sposób, iż o czasie trwania danego środka sąd rozstrzygnie po jego rozpoczęciu i trwaniu przez pewien minimalny okres, — od wyników dalszych badań antropologiczno-kryminalnych niewątpliwie decyzja o zwolnieniu z odnośnego zakładu będzie uzależniona.

W ten sposób lekarz staje się czynnikiem funkcjonalnie korelatywnym z sądem przy wymiarze sprawiedliwości.

Polityka kryminalna dysponuje jednak i innemi środkami zapobiegawczemi od już omawianych, że przytoczymy np. sterylizację niektórych kategoryj przestępców. Co do ściśle lekarskiego charakteru danego zabiegu niema żadnych wątpliwości. Jest również jasne, że zastosowanie takiego środka zabezpieczającego, jak sterylizacja przestępcy, musi być oparte na danych, pochodzących od lekarza.

Zagadnienie walki z niektóremi czynnikami przestępczości, jak z alkoholizmem, samobójstwami, degeneracją psychiczną i fizyczną ludności, daje lekarzowi duże pole do pracy i nie sposób przechodzić do porządku dziennego nad rolą lekarza w tej dziedzinie.

Widzimy przeto, że walka z przestępczością, o ile ma być traktowana nie jako formalność osądzania przestępców i wykonywania na nich kar o charakterze ściśle odwetowym, lecz jako działalność społeczna o niesłychanej doniosłości, musi z ewolucją roli lekarza liczyć się nader poważnie. Z tych skromnych uwag nasuwa się wniosek, iż lekarz powinien mieć zapewnione miejsce przy pracy ustawodawczej w dziedzinie prawa karnego, gdyż przy jego udziale kodeksy karne i ustawy szczególne lepiej będą uwypuklały czynniki antropologiczno-kryminalne. Lekarzowi należy zapewnić udział w wymiarze sprawiedliwości w sądach karnych, aby postulatowi indywidualizacji kary i stosowania kary nietylko słusznej, ale i celowej, t. j. skutecznej, stało się zadość. Lekarzowi w zakresie wykonania kary pozbawienia wolności i środków zabezpieczających należy zapewnić taki zakres praw, aby odpowiadały one jego szerokim i doniosłym obowiązkom. Lekarzowi zapewnić należy wpływ na politykę kryminalną, aby zanikały w społeczeństwie te czynniki ogólne, które ułatwiają lub wywołują powstawanie przestępczości.

O ile chodzi o drogę, którą należy obrać, dążąc do wytkniętego celu, — nie można jej omówić w kilku słowach. Zakres zagadnienia, które stoi przed nami, jest zbyt wielki, aby kilkoma szablonowemi formułkami dał się określić. Nie wystarczyłoby powiedzieć, aby lekarze zasiadali w komisjach kodyfikacyjnych, aby wchodzili w skład kompletów sądzących, aby obejmowali kierownicze stanowiska w więzieniach

i zakładach leczniczych o charakterze środków zabezpieczających. Należy natomiast dążyć do tego, aby w środowiskach społecznych, prawniczych zwłaszcza, powstało głębokie przekonanie, iż lekarz nie jest rywalem prawnika, ani socjologa, lecz jest czynnikiem współpracy i postępu.

E. NEYMARK.

LE ROLE DU MÉDECIN DANS LA LUTTE CONTRE LA CRIMINALITÉ.

Résumé.

Autrefois la conception de la criminalité différait essentiellement de celle d'aujourd'hui. Seul le crime importait et non la personne du délinquant. Le délit n'était possible que d'une des deux peines: la mort ou la peine privative de liberté qui étaient en quelque sorte une revanche pour l'acte délictueux. Personne ne pensait à corriger le criminel, on tâchait seulement de le punir ou de le détruire. La création de l'école d'anthropologie criminelle par César Lombroso entraîna un revirement profond dans le droit pénal. Lombroso a porté une attention spéciale sur la personne du délinquant, en disant qu'il se trouvait des criminels-nés, et sa théorie a donné naissance à l'étiologie criminelle qui n'est autre chose qu'une science s'occupant des causes de la criminalité. A la suite de l'évolution de cette science, la peine de revanche a cédé la place à une peine téléologique ayant en vue de corriger les délinquants, non seulement de les punir. Etant donné que dans nombre de cas, le délit est provoqué par l'influence de l'entourage, de mauvais exemples, de penchants vicieux non dominés et le manque de direction morale ainsi que par d'autres facteurs sociaux, cosmiques, météorologiques et climatériques, il était de tout intérêt de recourir, dans la lutte contre la criminalité, non seulement aux juristes mais aussi aux médecins, dont le rôle gagne tous les jours en importance. L'atavisme, les troubles fonctionnels, l'usage abusif de spiritueux et de stupéfiants poussent souvent au crime les natures faibles, or, il ne s'agit pas tant de punir les coupables que de les corriger et même de les soigner, et c'est surtout dans ce domaine que le champ d'activité est largement ouvert au médecin. On a créé près des prisons des laboratoires où chaque détenu est soumis à un examen rigoureux, physique, psychique voire psychiatrique. Il existe dans presque

tous les pays des laboratoires anthropologiques près les prisons, mais c'est surtout en Amérique du Sud et en Belgique que l'on procède, dans la plus large mesure possible, aux études anthropologiques. Le décret du roi introduit en 1920 ces études dans toutes les prisons belges en vue d'établir les éléments et la genèse de la criminalité à l'aide de l'examen médical et d'enquêtes pédagogiques et sociales. Tous les détenus et surtout les récidivistes sont soumis à l'observation du médecin. Les résultats des études anthropologiques ont permis d'arrêter les principes de la pédagogie pénitentiaire et de fixer les méthodes éducatives et correctionnelles à suivre dans chaque cas éventuel. Grâce à tout cela, le rôle du médecin dans les murs de la prison a foncièrement changé: il n'est plus l'organe subalterne appelé à veiller uniquement sur l'hygiène des locaux, sur la nourriture et la santé des détenus; il est devenu un facteur supérieur, car c'est lui qui suggère à l'administration pénitentiaire le mode de traiter les délinquants, c'est son opinion qui prévaut dans une foule de cas il est devenu l'expert et le conseiller de l'administration et il collabore fructueusement avec elle. En outre, le médecin est appelé à décider, de concert avec l'administraiton pénitentiaire, des mesures de sureté à appliquer vis-à-vis de certains individus, auxquelles on ne recourt qu'après examen anthropologique préalable du délinquant, opéré par le médecin.

Le médecin est donc devenu un facteur en collaboration fonctionnelle avec la justice. La politique criminelle comporte nombre de mesures de nature purement médicale (internement dans des maisons pour aliénés, pour incorrigibles, pour narcomanes, pour alcooliques, stérilisation etc.), ou la décision du médecin l'emporte; par conséquent, le médecin devrait occuper une place de distinction dans les travaux législatifs et participer à l'exercice de la justice. Il doit être reconnu au médecin des droits équivalant à ses devoirs, vastes et importants. Les médecins devraient siéger dans les commissions de codification et occuper des postes dirigeants dans les prisons et les maisons de santé ayant qualité de mesures de sureté. Le médecin n'est guère le rival du juriste ou du sociologue, et son activité représentant un élément de coopération et de progrès doit être appréciée à sa juste et haute valeur.

Sędzia JERZY ŚLIWOWSKI.

LEKARZ-SĘDZIA, CZY SĘDZIA-LEKARZ.

Dekret królewski z dnia 20 lipca 1934 r. uregulował we Włoszech organizację oraz funkcjonowanie trybunału dla nieletnich. Na mocy tego dekretu wprowadzono trybunały dla nieletnich na innych, niż dotąd podstawach. Nie tylko bowiem drugorzędne i mniej istotne szczegóły różnią się od ustrojów sądów dla nieletnich w innych państwach, lecz również inaczej rozumiana jest funkcja Sądu karnego dla nieletnich, a także i, co w niniejszym artykule jest omawiane, zupełnie inaczej kształtuje się skład osobowy trybunału dla nieletnich w porównaniu do składu zwykłego sądu. Dziedzina ta ma specjalne znaczenie. Znaczenie nietylko miejscowe, lokalne i odnoszące się nietylko do sądownictwa nieletnich, ale waga i znaczenie dokonanych zmian mają istotną wartość dla ustroju sądownictwa karnego w ogólności. Bowiem chodzi tutaj o zasadnicze ujęcie rzeczy, a nadto o to, iż wszelkie poważne reformy w dziedzinie walki z przestępczością rozpoczynały się zawsze i wszędzie od tej dziedziny.

Artykuł drugi wspomnianego dekretu brzmi, jak następuje: „W każdej siedzibie Sądu Apelacyjnego, lub Sekcji Sądu Apelacyjnego znajduje się również trybunał dla nieletnich, składający się z sędziego, mającego stanowisko sędziego Sądu Apelacyjnego, któremu przewodniczy, z innego sądownika, mającego stopień sędziego, i z obywatela dobrze zasłużonego w dziedzinie opieki społecznej (assintenza sociale), wybranego z pośród znawców na polu biologji, psychjatrji, antropologji kryminalnej i pedagogiki. Art. 5-ty, określający kompetencję instancji odwoławczej w dziedzinie sądownictwa dla nieletnich, zawiera analogiczny przepis ustrojowy.

Powyższy przepis, dopuszczając w skład trybunału orzekającego osoby, nie będące sędziami zawodowemi, z drugiej zaś strony nie mające nic wspólnego z instytucją sądów przysięgłych, osoby, które nie potrzebują mieć ukończonych studjów prawniczych, ani prawniczego wykształcenia, przeciwnie takie, które raczej winny być kompetentne w innej dziedzinie, oddawna z dziedziną wymiaru sprawiedliwości związanej, lecz dotąd istotnego głosu, przynajmniej zewnętrznie, nie mającej, t. j. w dziedzinie lekarskiej i medycznej, stanowi istotne novum.

Po raz pierwszy w sposób, którego istotne naukowe znaczenie dopiero rozumieć się wydaje teorją, ów obywatel dobrze zasłużony na polu pomocy społecznej, a wybrany z pomiędzy znawców na polu biologji,

psychjatrji, antropologji kryminalnej i pedagogiki, a który, pomimo braku wyraźnego rygorystycznego przepisu, jest oczywiście lekarzem, antropologiem i psychiatrą, doświadczony w dziedzinie medycyny społecznej, mający należyte wykształcenie biologiczne i pedagogiczne — wstępuje w szeregi sędziów orzekających. Po raz pierwszy powołany jest czynnie do istotnego, efektywnego współudziału w wymiarze sprawiedliwości. Po raz pierwszy, wyzwalając się z roli biegłego, który napozór służy tylko radą, pomocą i kwalifikacjami zawodowemi sędziemu, który jest rzekomo najwyższym biegłym, a w gruncie rzeczy, będąc, jakżeż często, najwyższym sędzią — staje się już nie tylko organem doradczym i pomocniczym, ale istotnym, samodzielnym i równouprawnionym organem wymiaru sprawiedliwości.

Ewolucja, którą ustrój wymiaru sprawiedliwości przechodził, wydaje się wzbogacać jeszcze jedną kartę doświadczenia, a tego rodzaju uregulowanie sprawy, jak to widzimy w ustawodawstwie włoskiem, ma poprostu znaczenie rewolucyjne. Pierwszy raz lekarz staje się sędzią i zostaje powołany w sposób czynny narówni z prawnikami do wypełnienia społecznej funkcji wymiaru sprawiedliwości.

Krok ten uczyniony został we Włoszech. Nie powinno to nas dziwić, że właśnie tam. Kraj ten stał się terenem najbujniejszego, najżywotniejszego rozwoju różnych teoryj kryminologicznych, miejscem, gdzie myśl ludzka, w rozmaite kształty przyobleczona, starała się istotnie zadokumentować praktyczną swoją wartość. Kraj, gdzie myśl teoretyczna i praktyczna realizacja są jakgdyby dwoma odbiciami jednego i tego samego pojęcia, kryjąc w swej treści jednakowy pęd, jednakowe dynamiczne dążenie do realizacji.

Wyżej wskazana zasada ustrojowa włoskiego sądownictwa dla nieletnich jest jakgdyby końcowym punktem ewolucji. Przed wojną i w pierwszym okresie powojennym Włochy były krajem, który na równi z większością innych dopuszczał u siebie sądownictwo przysięgłych. Przełom faszystowski, oraz wzmagająca się coraz bardziej kampanja naukowa przeciwko sądownictwu przysięgłych spowodowały znaczne reformy tego i przemianę jego na sądownictwo ławnicze, z tem zastrzeżeniem, iż ławnicy muszą się wykazywać podstawowym cenzusem naukowym, że muszą to być ludzie, należący do najwyższych intelektualnych warstw narodu, ludzie, rekrutujący się przedewszystkiem z inteligencji, a nadto zajmujący odpowiednie społeczne stanowiska.

Wreszcie ostatnim etapem ewolucji jest okres najwięcej nam współczesny, okres czwartego dziesiątka bieżącego stulecia, którego wyrazem z punktu widzenia włoskiego, może być stanowisko senatora

d'Amelio, prezesa włoskiego Sądu Najwyższego, który na trzecim międzynarodowym kongresie prawa karnego w Palermo w kwietniu 1933 r. wyraził opinję w związku z dyskusją na temat specjalizacji sędziego karnego, że byłoby rzeczą wskazaną zbadać gwoli lepszej specjalizacji tegoż sędziego, w składzie trybunału orzekającego potrzebę udziału ekspertów z różnych dziedzin życia.

Stanowisko to zostało zrealizowane w praktycznem urzeczywistnieniu włoskiego życia ustawodawczego narazie na odcinku walki z przestępczością nieletnich. Ekspertem w tej dziedzinie, bezsprzecznie i niewątpliwie najlepszym, jest lekarz-psycholog i antropolog, który oczywiście musi mieć i należyte i dobre przygotowanie pedagogiczne, co wynika z samej istoty rzeczy.

Jak stwierdziliśmy już powyżej, przełom w dziedzinie ustrojowo-organizacyjnej sądu karzącego jest olbrzymi i wstrząsający, nie lękajmy się użyć tego słowa! W rozważaniach naszych musimy całkowicie pominąć sądownictwo przysięgłych, przez które także przedstawiciele społeczeństwa brali udział w wymiarze sprawiedliwości, gdyż charakter tego udziału był zupełnie inny i miał znaczenie specjalne.

Jeśli sądownictwa przysięgłych nie będziemy brali pod uwagę, to, nie licząc także sądownictwa ławniczego, które jest tylko modyfikacją i swoistem wypaczeniem idei sądownictwa przysięgłych, stwierdzić musimy, że gmach wymiaru sprawiedliwości pilnie i surowo był dotąd strzeżony przed wstępem niepowołanych w ten sposób, aby tylko zawodowi sędziowie, ludzie o wyższem wykształceniu prawniczem i odpowiedniej praktyce mieli możność brać w niem udział. W tej wyłączności nie tylko zewnętrznej, ale i wewnętrznej, polegającej na poglądzie, iż oprócz sędziów zawodowych nikt nie może być bardziej i lepiej powołany do wymiaru sprawiedliwości, sędziowie zawodowi podobni byli nieco do sekty kapłanów, zazdrośnie strzegących wyłączności swoich wpływów.

Atoli od pewnego czasu daje się zauważyć, iż wspomniana zasada wyłączności powoli kruszy się i łamie. I znowu to samo załamanie możemy obserwować z punktu widzenia zewnętrznego i wewnętrznego. Wewnętrznego, gdyż społeczeństwo w teoretycznym i abstrakcyjnym osądzie coraz bardziej widzi brak celowości i coraz mniej skuteczny oręż w walce z przestępczością, zewnętrzny zaś, gdyż sam ustawodawca coraz bardziej tę wyłączność ogranicza, powodując w niej znakomite wyłomy, jak to ma miejsce w dziedzinie przez nas omawianej.

Zmiana, dokonana przez ustawodawcę włoskiego, na pierwszy rzut oka wygląda pięknie i błyskotliwie. Sama konstrukcja wydaje się należytem, ewolucyjnem ujęciem rzeczy, twórczem, pozytywnem, spo-

łecznie konstruktywnem. Wydaje się, iż ustawodawca wkracza tutaj na drogę właściwego osądu, celowego wymiaru sprawiedliwości i przez powołanie do wymiaru sprawiedliwości osób najwięcej kompetentnych. Zagadnienie kompetencji jest właściwem kryterjum do oceny tego faktu. To samo zagadnienie kompetencji, które zniszczyło raz do podstaw tezę o słuszności i zasadności sądów przysięgłych, które teraz, jak bumerang, wraca, ażeby siać spustoszenie i żłobić szczerby na silnie dotąd i skutecznie przeciwstawiającym się wszelkim zakusom murze sądownictwa karnego.

Ów według ustawodawstwa włoskiego trzeci sędzia, lekarz-sędzia, jest w gruncie rzeczy niczem więcej, jak objawieniem konieczności kompetencji, głębokiej, istotnej i rzeczowej kompetencji, tam, gdzie ona ze względu bądź na daleko idącą subtelność przedmiotu bądź z innych, szczególnie ważnych społecznych przyczyn, jest nadewszystko wskazana.

Dlatego też tego rodzaju postawienie zagadnienia przez ustawodawcę, jak włączenie w skład trybunału kilku sędziów, sędziego eksperta, którego w danym wypadku przykładem jest lekarz sędzia — jest z jednej strony stwierdzeniem, iż w dziedzinie walki z przestępczością nieletnich, ustawodawcy szczególnie zależy na skutecznem i celowem zwalczaniu tej przestępczości, z drugiej zaś strony jest stwierdzeniem głębokiego kryzysu w dziedzinie zawodowego sądownictwa karnego i to stwierdzeniem, dokonanem przez samego ustawodawcę, gdyż tenże sam konstatuje, że dotychczasowe zawodowe sądownictwo na tym odcinku walki z przestępczością nie wypełniło całkowicie swoich zadań, iż potrzebuje reform i to reform głęboko sięgających, ażeby przez dopływ młodych sił zapewne więcej, niż dotychczas kompetentnych, przyczynić się do należytego osiągnięcia rezultatów. Poza dyskusją w ramach niniejszego artykułu nie bez znaczenia jest fakt, że nic nie stoi na przeszkodzie temu, aby jutro w jakiejkolwiek innej dziedzinie, a może w szeregu dziedzin w skład sądu powołani zostali eksperci, szczególnie dobrze znający się na odnośnych dziedzinach w charakterze znawców różnych problemów, które mają dla treści osądu poważne znaczenie. Niewiadomo, czy jutro w skład trybunału sądzącego w sprawach, gdzie istotnem będzie znajomość techniki, nie będzie powołany inżynier, gdzie zaś podłożem sprawy będzie rachunkowość — buchalter.

Profil naukowy sędziego eksperta, w danym wypadku lekarza-sędziego, wydaje się na pierwszy rzut oka piękny, a sama instytucja bardzo celowa. Skoro bowiem szczególne okoliczności, mające ważne znaczenie w sprawach, wymagają dla ich poznania, lub identyfikacji szczególnego znawstwa, cóż stoi na przeszkodzie, aby w imię dobra wymiaru

sprawiedliwości, które trzeba mieć na oku, powierzyć funkcję osądu temu, który w danym zakresie wiedzy najlepiej i najwięcej zna się, temu, który jest najwięcej kompetentny. Sądownictwo ogólne, którego zakres działania jest niezmiernie szeroki ze względu na ogólne przygotowanie, a brak przygotowania szczególnego (z punktu widzenia technicznego niemożliwego do objęcia w jednym umyśle wszystkich dziedzin), nie może należycie sprostać swemu zadaniu. Trzeba zatem niekompetencję jego w jakiś sposób zwalczyć, a skład trybunału kompetencyjnie podnieść, wzmocnić przez włączenie osoby szczególnie znającej się w pewnych dziedzinach konkretnych zagadnień. Skuteczność wymiaru sprawiedliwości uzależniona jest w pierwszym rzędzie od znajomości ludzi poddanych osądowi, oraz od znajomości zasięgu i skutecznej mocy środków terapeutycznych.

Dlatego też fakt powołania do życia przez ustawodawcę włoskiego eksperta w skład trybunału dla nieletnich jest widocznym dowodem troski o skuteczność wymiaru sprawiedliwości w tej dziedzinie dzięki podniesieniu kompetencji trybunału.

Jeśli chodzi szczególnie o postawienie zagadnienia na szerokiej płaszczyźnie, jak mianowicie ocenić należy powołanie lekarza w charakterze sędziego, to zagadnienie to przed jego ostatecznem rozstrzygnięciem nasuwa szereg uwag pierwszorzędnej doniosłości.

Współpraca lekarza z sądem karnym ma swoją historję i tradycję. Lekarz i nikt inny przed laty niósł wstępującą w progi procesu karnego humanizm: znajomość człowieka.

Lekarskie stanowisko i podejście do rzeczy było podstawą dla rzucanego później hasła indywidualizacji wymiaru kary drogą należytego i wszechstronnego poznania podsądnego. Lekarz z istoty samych podstaw wykonywania swego zawodu jako pojęcie zasadnicze i fundamentalne bierze konieczność szczególnego zapoznania się z organizmem chorego, z jego osobowością organiczną, z tem wszystkiem, co, będąc w nim indywidualne, stanowi korzystne podłoże bądź dla rozwoju chorobowego, bądź dla proponowanej celem uzdrowienia terapji. Tego rodzaju zespolenie chorego z lekarzem, które jest podstawą wszelkiej konsultacji i osądu djagnostycznego ze strony tego ostatniego, musi mieć miejsce w każdym wypadku spełnienia powinności lekarskiej, a jeśli niema miejsca w sposób właściwy, dzieje się to z niewątpliwą krzywdą chorego i z niewątpliwym uszczerbkiem szlachetnego posłannictwa medycyny.

Nadto inne jeszcze więzy łączą nas-sędziów karnych ze światem medycyny.

Lekarz, który, jak to wyżej stwierdziliśmy, coraz bardziej wnosił w progi procesu karnego dzieło indywidualizacji postępowania z podsądnymi, jako ludźmi — nie ograniczał się tylko i wyłącznie do rzucenia tego postulatu, nie ograniczał się li tylko do wykreślenia niedostępnego umysłowi sędziego karnego, zapatrzonego w ideał kodeksowego typowego, schematycznego oceniania ludzi — obrazu żywego człowieka, takiego właśnie, jakim jest z jego zaletami i wadami, ograniczeniami i możliwościami.

Koniec ubiegłego wieku i początek bieżącego, a nawet najbardziej współczesne lata przyniosły nam i przynoszą ze strony minionych wielkich sław lekarskich, bądź ze strony współczesnych przedstawicieli antropologji — hasła, które może najlepiej określić, jako dążenie do zalewu dziedziny wymiaru sprawiedliwości karnej przez dziedzinę medycyny. Mamy tu na myśli szkołę pozytywną, wywodzącą się od Cezarego Lombrozo, wyprowadzającą się z idei nieodwołalnej konieczności zbrodniczego postępowania człowieka-zbrodniarza urodzonego, z drugiej zaś strony w dowodzeniach współczesnego nam profesora Mario Carrara [1]), który propaguje hasło zniesienia kodeksów karnych jako takich i oparcia wymiaru sprawiedliwości na ogólnem pojęciu niebezpieczeństwa społecznego z kolei na podłożu biologiczno-medyczno-patologicznem. Jest rzeczą bardzo charakterystyczną, jak to zwrócił uwagę Profesor E. St. Rappaport w swoim odczycie w dniu 23 marca 1935 r. p. t. „Media via Polskiego Kodeksu Karnego", że dawna szkoła pozytywna wraz z całym jej rynsztunkiem argumentów, pewników i dowodzeń odradza się w kierunku skrzydła, reprezentowanego nie przez Henryka Ferriego, lecz właśnie w kierunku antropologicznym, będącym wiernym odtworzeniem nauk lombroziańskich. Tak samo, jak kiedyś Cezary Lombrozo, a dzisiaj jego wierni uczniowie i następcy chcą uczynić z wymiaru sprawiedliwości, opartego na prawie karnem, tylko rozdział biologji i antropologji kryminalnej, zaprzepaszczając i niwelując rolę prawa, jako czynnika normatywnego, tak samo w swoim czasie przedstawiciele skrzydła socjologicznego z tego prawa karnego chcieli uczynić rozdział socjologji kryminalnej.

Jedno i drugie usiłowanie niewątpliwie musi ponieść porażkę. Integralność prawa karnego, która znalazła w dobie największego kryzysu i największego niebezpieczeństwa gorliwego obrońcę i apostoła w osobie profesora uniwersytetu palermitańskiego — Emanuela Carnevalego — dzisiaj, w dobie ustępującego na całej linji determinizmu umacnia coraz bardziej swoje stanowisko i pozycje czyni niezdobytemi.

---

[1]) M. Carrara. L'analogia nel divitto penale; i crepusculo dei codici?

Ale kwestję stosunku sędziego do lekarza należy rozpatrywać z innego jeszcze punktu widzenia: ze stanowiska nie tyle materjalnego, nie tyle identyczności, czy rozbieżności w treści wykonywanego zawodu, lecz z punktu widzenia więcej formalnego, z punktu widzenia ustosunkowania się jednego i drugiego pracownika na niwie społecznej .

Wiele punktów zasadniczych i podstawowych mamy wspólnych i to nie z punktu widzenia owej rzekomej spólnoty zewnętrznej, przytaczanej często i nadużywanej bez należytego podłoża naukowego. Nie o to nam chodzi. Zagadnienie pragnęlibyśmy ująć głębiej. W obu zawodach widzimy funkcjonalną zbieżność, podobne, jeśli nie jednakowe ujęcie najważniejszych obowiązków zawodowych z punktu widzenia ochrony jednostki i dobra społecznego.

Ze świata medycyny recypowane jest coraz bardziej i przenika również coraz więcej do dziedziny sądownictwa pojęcie djagnozy. Ciekawem byłoby śledzić ewolucje obu tych terminów, z których jeden jest niewątpliwie pochodzenia czysto sądowego, drugi zaś niewątpliwie lekarskiego: wyroku i djagnozy. Jestem głęboko przekonany, iż pierwsze pojęcie w niedługim czasie, jeśli ewolucja pójdzie po właściwej linji, zastąpi drugie, co więcej — już dzisiaj powoli zastępować zaczyna. Wyrok to pojęcie ostateczne, absolutne, nieco nawet metafizyczne i przez ten swój charakter obce zupełnie medycynie, która zna jeden tylko wyrok ostateczny i nieodwołalny: stwierdzenie śmierci. Djagnoza natomiast, pojęcie jakżeż bardzo istotnem będące dla konkretnych, żywych, ciągle zmieniających się stosunków ludzkich, posiada w sobie coś z dynamicznego napięcia, zaś może niewątpliwie przemijającego i zmiennego, ale także więcej odpowiadającego prawdzie w danym stadjum rzeczy, niż wszelka ostateczność i nieodwołalność abstrakcyjnego wyroku. Pojęcie djagnozy, jako takiej, dotąd będące pojęciem ściśle lekarskiem, znalazło przyjęcie w dziedzinie nauk społecznych. Znane jest nam dziś bowiem doskonale pojęcie djagnozy społecznej.

Djagnoza społeczna uzyskuje dzisiaj należyte wartościowanie nawet w toku procesu karnego, jeśli chodzi o możliwość redaptacji społecznej przestępcy w związku z postulatem kary wychowawczej. Pojęcie djagnozy psychologicznej często wypływa w związku z procesem wykonywania kar, jeśli chodzi o wykonanie systemu progresywnego w związku z przedterminowem zwolnieniem, ułaskawieniem i t. p. Ale i w samo centrum procesu karnego wkrada się i wślizguje pojęcie djagnozy, podkopując tradycyjną moc i niezniszczalną siłę dawnego wyroku nieodwołalnego i ostatecznego przez postawienie postulatu ferowania wyroków na termin nieokreślony.

Dzięki temu hasłu, a co zatem idzie także ze względu na hasło integralności sądownictwa karnego, będącego odzwierciedleniem integralności prawa karnego, w myśl którego w ramach wyroku na termin nieokreślony sądownictwu przypadnie udział czuwania nad wykonaniem kary i stwierdzeniem skuteczności jej działania na tyle, by stwierdzić, czy skazany dojrzał, czy też nie dojrzał do odzyskania wolności, sądownictwo karne funkcjonalnie zaczyna się zbliżać coraz bardziej do zawodu lekarskiego. Zaczyna się zbliżać dlatego, że w progi jego coraz więcej zaczyna wnikać do świata medycyny należące pojęcie terapji, w naszych stosunkach niosące nazwę terapji penitencjarnej, które to pojęcie w literaturze kryminalnej coraz bardziej się spotyka.

Jak łatwo wywnioskować można z powyższego, sądownictwo karne niezmiernie wiele wzięło z tej dziedziny, do której w pierwszym rzędzie należy wiedza medyczna. Nie należy się zbytnio temu dziwić. Zarówno dawne kodeksy, jak i dawny wymiar sprawiedliwości układane były pod znakiem abstrakcyjności, pod znakiem normy przeciętnej, podniesionej do godności absolutu, pewnika nieulegającego obaleniu dzięki podciągnięciu wszystkich ludzi pod jedną miarę i dzięki apriorycznemu skonstatowaniu identyczności warunków, w jakich się znajdują. Stan ten jednak nie mógł trwać długo i musiał wraz z coraz większym postępem wiedzy człowieka o człowieku ulec zasadniczej zmianie w kierunku naturalistycznego, a zatem i indywidualnego traktowania człowieka, który nigdy równym nie jest innemu człowiekowi. Stąd wziął się powoli postulat indywidualnego traktowania przestępców zarówno przez stosowanie wobec nich indywidualnych wymiarów kary, jak również przez odpowiednie traktowanie terapeutyczne w toku procesu wykonawczego. Przeprowadzenie tego postulatu, jego zasadniczą podstawę, jego ideowe podłoże zawdzięczamy nie czemu innemu, jak tylko powolnej infiltracji do wymiaru sprawiedliwości, tego czynnika indywidualnego poznania, djagnozy i terapji, który jest tak bardzo właściwy stosunkowi lekarza do pacjenta. Tyle, tak wielkie postępy wymiar sprawiedliwości zawdzięcza niewątpliwemu przyjęciu, recypowaniu idei ze świata lekarskiego wziętej. Nikt tego nie zamierza zaprzeczać, przeciwnie, każdy uznaje rozwój, któremu nasza dziedzina uległa dzięki zaszczepieniu jej życiodajnych soków, krążących w żyłach innego organizmu; dzięki temu zaszczepieniu dziedzina kryminologji i prawa karnego zbliżyły się do dziedziny humanistycznych nauk przyrodniczych i połączyły z nią więzami, których nawiązanie nakazywał zdrowy rozsądek, praktyczność i skuteczność wyników doświadczalnych oraz postulaty postępu i nauki.

Zbliżenie nie jest jednak i nie może być w żadnym wypadku identyfikacją, zjednoczeniem, zlaniem się w jeden organizm. Prawo karne

i kryminologja, będąca dziedziną badania faktów i zjawisk, z dziedziną przestępczości związanych, nazawsze zachowa swój swoisty, jej tylko właściwy profil, u podstawy którego leży wartościowanie danych zjawisk społecznych z punktu widzenia złamania, lub usiłowania złamania danej normy prawnej. Gdyby tego rodzaju światopogląd nie był całkowicie uzasadnionym, gdyby nie stanowił podstawy wszelkiej argumentacji w dziedzinie zjawisk karno-prawnych, zatraciłaby się wszelka odrębność, wszelka samodzielność, powiedzmy dobitniej i wyraziściej, wszelka integralność prawa karnego, jako takiego.

Owa integralność prawa karnego winna być należycie wytłumaczona i uzasadniona. Nie leży to wprawdzie bezpośrednio w granicach naszego tematu, leży jednak niewątpliwie u samego jego podłoża filozoficznego i jako takie musi tu zostać omówione.

Niezawisłość i integralność prawa karnego — to wyodrębnienie go w pewną określoną i samodzielną całość z dziedziny bytu wszelkich innych zjawisk społecznych. Integralność powyższa nakazuje wyodrębnionej dziedzinie zjawisk specyficzną dyscyplinę i metodę naukową, nakazuje jej w pierwszym rzędzie gwoli wymienionej wyżej samodzielności, samodzielnie rozstrzygać wszystkie w jej zakres wchodzące zagadnienia i w jej samej łonie, w rozumowaniach, jej metodą przeprowadzonych, w jej własnych usilnych i żmudnych poszukiwaniach, doświadczeniach, badaniach i dociekaniach — szukać najwyższego autorytetu. Samodzielność bowiem i integralność nigdy nie może być czysto zewnętrzną, li tylko formalną. Byłoby to sprzeczne zupełnie z jej założeniem, z jej naturą i istotą. Integralność, będąca oznaką głęboko sięgającej istotności w dziedzinie rozróżnienia jednej kategorji zjawisk od drugiej w sensie całkowitego ich zgrupowania i zjednoczenia w jedną dziedzinę, w jeden swoisty świat — musi być w rzeczywistości głęboką i istotną, a nie pozorną i złudną.

Skorośmy już w ten sposób scharakteryzowali odrębność zjawisk prawnych w świecie zjawisk społecznych i taką jej wartość przypisali, to w ten sposób sformułowanem naszem stanowisku kryje się zawarta potencjalnie odpowiedź na pytanie, któreśmy sobie zadali, formułując tytuł naszego artykułu.

Prawdziwe, na naukowych podstawach oparte, należycie sformowane, zorganizowane, a nadewszystko wykształcone sądownictwo karne będzie zawsze w pełnej mierze samoistnem i integralnem, gdyż obie wspomniane cechy charakterystyczne wywodzić się będą z istoty rzeczy, podległych jego osądowi, z istoty funkcji samego osądu, z zasadniczej idei sądzenia, zawodu i posłannictwa sądzenia.

Funkcja osądu jest funkcją specyficzną, jedyną w swoim rodzaju, polegającą na szczegółowem stwierdzeniu i ocenie poszczególnych zjawisk w związku ze złamaniem normy prawnej, jako normy współżycia. W samej zatem funkcji osądu zawarte są wszystkie możliwości, mogące kiedykolwiek stać się aktualnemi w związku z jego ferowaniem. U samej podstawy rzeczy leży konieczność znalezienia należytej odpowiedzi na konkretne zagadnienia, a innemi słowy także należytych s k u t e c z n y c h sposobów zwalczania przestępczości.

To prawda, kompetencja, ta prawdziwa ludzka i rzeczowa kompetencja jest ogromnie niesłychanie szeroką, tak szeroką, jak może w żadnym innym zawodzie. Co więcej, granice tej kompetencji coraz bardziej, coraz wszechstronniej się rozwijają. Nie sposób ująć ich od krańca do krańca ograniczonemi możliwościami jednego umysłu. Gwoli zachowania integralności całego organizmu nie sposób jej całkowicie ująć w ramach jednej osobowości i tu rodzi się postulat coraz bardziej aktualny, postulat specjalizacji sądownictwa karnego, do którego w następstwie powrócimy.

To, co uczynił ustawodawca włoski w dziedzinie sądownictwa nieletnich, nie jest, zdaniem naszem, w z a s a d z i e słuszne, natomiast może być rozumiane, jako pewnego rodzaju smutna konieczność praktycznej rzeczywistości, jako pewne posunięcie, do którego ustawodawcę zmusiła życiowa wyższa konieczność. Powołanie w skład sędziów eksperta w postaci odpowiednio wyszkolonego lekarza gwałci zasadę integralności prawa karnego i sądownictwa, sprzeciwia się podstawowym tendencjom w dziedzinie wymiaru sprawiedliwości, wprowadzając w tę dziedzinę czynnik obcy w sensie niewyszkolenia i niedostatecznego wykształcenia w dziedzinie zrozumienia pojęcia roli i istoty oraz funkcji społecznej normy prawnej, złamanie której wraz ze wszystkiemi skutkami tegoż będzie przedewszystkiem istotne w dziedzinie walki z przestępczością. Stanowisko takie podtrzymujemy nawet, jeśli chodzić tu będzie tylko o jednego z trzech sędziów. Nam chodzi o zasadę, chodzi o sformułowanie podstawowego, fundamentalnego stanowiska, wprawdzie nie doktrynerskiego, jednak mogącego mieć wszechstronne w dziedzinie wymiaru sprawiedliwości zastosowanie. Nie chodzi nam także o zazdrosne strzeżenie wpływów w sensie, jaki uprzednio omówiliśmy, nie chodzi nam o żadną scholastykę, lecz tylko o to, aby wyraźnie zakreślić granice, istotę i zasadniczą wytyczną, z zasadniczą linją ewolucyjną p o s ł a n n i c t w a s ę d z i o w s k i e g o, które jest takiem samem posłannictwem, jak posłannictwo drugiego pracownika społecznego: lekarza! Coraz większe postępy nauki, coraz szersze horyzonty poznania człowieka przez człowieka rozszerzają — to prawda — niezmiernie istotne ramy i granice sędziow-

skiego poznania: tego, co włosi nazywają słusznie „giudizio do cognizione". Jednak, zdaniem naszem, integralność sądownictwa nie powinna na tem cierpieć. Prawo, a zatem i prawo karne, które obejmuje wszystkie strony życia, jego najwięcej zróżniczkowaną, najwięcej wysubtelnioną treść, jest czynnikiem ładu społecznego, który zespalając się całkowicie z objektem, który reguluje, tworzy dopiero jednolitą, szeroką podstawę i fundament ładu społecznego.

W tem ostatniem skonstatowaniu kryje się genetycznie druga część zatytułowania naszej pracy. Jak już stwierdziliśmy, ciągły, nieustanny rozwój życia, w łonie którego w każdej nowej przebłyskującej formie, w każdem rodzącem się wydarzeniu, w każdem nowem zjawisku potencjalnie zawarty jest czynnik prawa, jako postulat i konieczność zachowania ładu społecznego, opartego na logicznym węźle stosunku przyczynowego i żądaniu utylitarnego teleologizmu — pociąga za sobą niejako automatycznie, a jakże twórczo w gruncie rzeczy, konieczność rozszerzenia horyzontów sądownictwa, którego żywa działalność jest powoływana do najszczytniejszego zadania wcielenia tego prawa, jako jednolitego organizmu, w życie. Błędem byłoby twierdzić, że dobra znajomość prawa polega na wyrobieniu wyłącznie dobrej argumentacji prawnej, na wykształceniu specyficznej formy prawniczego myślenia, na zdolności ujmowania związków logicznych ze specjalną zdolnością, „tradycyjnie" prawnika znamionującą. I tu dochodzimy do sedna interesującego nas zagadnienia, zagadnienia, rezultatem którego jest postulat najwięcej posuniętej specjalizacji sądownictwa karnego: dobrego sędziego winna charakteryzować tak samo w równej mierze istota i głęboka znajomość zarówno czynnika regulacyjnego: normy prawnej, jak i czynnika regulowanego: znajomość życia we wszelkich jego dziedzinach, znajomość wszechstronna, na naukowych podstawach oparta, nie wahajmy się tego powiedzieć: nawet znajomość techniczna, przynajmniej w zasadniczym zarysie.

Jeśli chodzi o dziedzinę stosunku sędziego do świata nauk lekarskich, stanowisko nasze wymaga nieco dalej idącego sprecyzowania. Wieluż z pośród nas zadrości, wieluż z tych, którym istotnie zdrowy, na prawdziwie zindywidualizowanej podstawie oparty wymiar sprawiedliwości naprawdę leży na sercu, — pragnęłoby się postawić w roli lekarza: nietyle może przez dostrzeżenie niezwykłego piękna tego zawodu, wiele przez chęć osiągnięcia kiedyś tego samego, a przynajmniej najwięcej zbliżonego ustosunkowania się pracownika społecznego (którym jest odnośnie do poszczególnych zagadnień lekarz lub sędzia), do społecznego zwalczania tego zła, walka z którem jest jego zawodem i posłannictwem. Jakżeż często dla nas, dla tych, którzy z wymiarem sprawie-

dliwości zespoleni są serdecznym, najsilniejszym niedorozerwania węzłem, niedozniesienia ciężką staje się sytuacja, kiedy widzimy twórczą postępową rolę lekarzy, czynnie zwalczających chorobę, jako społeczne zło, podczas gdy rola nasza wyczerpuje się automatyczną i zrutynizowaną pracą, którą w jej warunkach gryząca ironja nazwała wymiarem sprawiedliwości. Niejednokrotnie lekarz jest dla nas tym ideałem, do osiągnięcia którego zdążamy, zdążać ostatecznie chcielibyśmy. Ludzi nasze oczy, które od istoty człowieka naszej karno-prawnej pieczy oddanego oddziela zasłona matowa, przez którą migoczą się kształty bez określonych konturów i barwy —obraz lekarza, z pacjentem związanego węzłem wzajemnego zaufania, poznania, ustawicznego, pełnego, personalnego kontaktu. Objawia się nam czasem zwid lekarza, który po długich, jakżeż pięknych poszukiwaniach laboratoryjnych, przez wykrycie nowego serum chroni tysiące istnień ludzkich przed najprawdziwszym, jedynym nieodwołalnym wyrokiem: śmierci. Pogrążeni w naszej, w warunkach niesłychanie automatyzacji sprzyjających odbywanej pracy, stawiamy sobie ów oglądany z oddali obraz za cel naszych dążeń, pragnień i wysiłków. Chcielibyśmy móc odnosić się w podobny sposób do zagadnień, stanowiących przedmiot naszego osądu. Chcielibyśmy, aby wymiar sprawiedliwości był nie martwą subsumpcją, jak to ma miejsce po większej części dziś, lecz żywą djagnozą i terapją, jak to usiłowaliśmy udowodnić na początku. Jakkolwiek na pozór postulat ten mógłby się wydać paradoksalnym, żądamy, aby dotychczasowe miejsce sędziego, obznajmionego gruntownie, lecz równie jednostronnie ze światem normy prawnej, w interesie tejże normy prawnej, jako czynnika regulatywnego z istotą życia spojonego, zajął miejsce inny sędzia, któryby do wymiaru sprawiedliwości ustosunkować się potrafił, jak lekarz do zwalczanej przez siebie choroby. Stąd nasz zasadniczy postulat, postulat, przyznajemy to, łączący ujęciem analogicznem tylko najwięcej zbieżne, zasadnicze podobieństwa obu zawodów, postulat — sędziego-lekarza.

Ale postulat ten ma także więcej realne, a nietylko zasadnicze znaczenie. Powracamy tutaj do omawianego przez nas zagadnienia sędziego eksperta w odniesieniu do tych dziedzin, gdzie tym sędzią ekspertem ma być lekarz. Stwierdziliśmy wyżej, że z przytoczonych względów jesteśmy temu przeciwni. Wówczas, gdy zachodzi, gwoli zapewnienia skuteczności i celowości wymiaru sprawiedliwości, konieczność specjalnych kwalifikacyj sędziego w imię integralności sądownictwa karnego, będącej rezultatem integralności i samodzielności prawa karnego w ogólności, — chcielibyśmy, aby owa funkcja tak zaszczytnie przez ustawodawcę włoskiego przyznana wczorajszemu ekspertowi, do godności sędziego podniesionemu, przypadła w udziale temu, który może na nią z istoty przez

siebie wypełnianych funkcyj zasługuje, a który niesłusznie odsuwany jest na bok: — sędziemu zawodowemu, który musi posiadać odpowiednią ilość koniecznych, niezbędnych, pogłębionych wiadomości medycznych, gdyż przedewszystkiem z dziedziny medycyny w świecie osądu się spotyka. I stąd w tym wypadku już konkretne nasze hasło i postulat: s ę d z i e g o l e k a r z a.

Być może, że odwracamy całe zagadnienie. Być może, że postulaty przez niektórych mogą być uznane za nierealne. Być może, że naszemi usty przemawia także duma i ambicja zawodowa: sądzę, że, skoro te dwa pierwiastki znajdują się w zgodzie z naczelnemi postulatami zdrowego i należycie zorganizowanego wymiaru sprawiedliwości, wszelki ewentualny zarzut byłby niesłuszny. Takiem postawieniem kwestji chcielibyśmy uniknąć tylko fatalnej i obfitej w skutki rzeczywistości dzisiejszej nieznajomości ze strony sędziów orzekających szeregu pierwszorzędnych wiadomości w dziedzinie nauk lekarskich: że sędziami byli biegli, którzy o losach podsądnego tak, czy inaczej rozstrzygali za pośrednictwem często nierozumiejących ich ekspertyzy sędziów, wymiar sprawiedliwości ze strony których był naprawdę tylko fikcją i pozorem. Podobny stan prowadzi tylko do niesłychanie głębokiego kryzysu sądownictwa karnego, który, niewiadomo, czy wogóle i jakiemi środkami dałoby się zażegnać. Kryzys sądownictwa ze swej strony pociągał kryzys prawa karnego. gdyż sądownictwo z prawem karnem znajduje się w tak istotnym i głębokim związku, że wszelkie niedomagania jednego natychmiast na drugim odbić się muszą. Powołanie eksperta-lekarza do godności sędziego było niczem innem, jak ukoronowaniem dotychczasowego stwierdzenia, iż sędzia, nie wywiązuje się należycie ze swej roli i że daleko lepiej zastąpić go biegłym, który w istocie rzeczy od dawna był faktycznym sędzią. Stanowisko takie, jak już zaznaczyliśmy, kryje w sobie deprecjację prawa karnego, jako takiego, jego samodzielnej, oryginalnej, twórczej funkcji regulacyjnej a to przez stwierdzenie, iż normę prawną w życie wcielać może ktoś bez specjalnego do tego przygotowania, bez specjalnych studjów ani praktyki, bez odpowiedniej znajomości jej cech wyłącznie właściwych, istotę jej tworzących, na nią jednem słowem się składających.

Jest rzeczą oczywiście trudną żądać reform najdalej idących. Do takich należałby postulat dania sędziom, w dziedzinach sądownictwa karnego najwięcej ze światem medycyny mających wspólnego, — lekarskiego wykształcenia; wtedy rzeczywiście owi sędziowie lekarze w dosłownem znaczeniu spełnialiby idealnie postulaty należytego wykształcenia w obu dziedzinach: sądowej i lekarskiej. Tak daleko nikt jednak niewątpliwie nie pójdzie. Wykształcenie lekarskie trwa około 6 lat, prawnicze

zaś 4, nie licząc koniecznych zajęć i aplikacji praktycznych, co także parę ładnych lat zabiera. Nie sposób żądać od kogokolwiek, aby studjował łącznie 15 lub dłużej lat, aby swoją karjerę zawodową rozpoczynał w wieku lat czterdziestu. Życie ludzkie jest na to stanowczo zbyt krótkie. Ale przecież można także w inny sposób zaradzić złemu. Można żądać od wszystkich sędziów, w szczególności zaś od niektórych wyspecjalizowanych, — znajomości podstawowych, zasadniczych, lub też w danej dziedzinie sądownictwa specjalnie koniecznych zagadnień i problemów. Sędzia, który decyduje o losie człowieka, o jego podstawowych interesach lub dobrach, winien znać c a ł e g o c z ł o w i e k a, pod każdym względem powinien go znać. Stąd postulat znajomości podstawowych zasad psychologji ze szczególnem uwzględnieniem psychologji więziennej, anatomji, fizjologji i patologji, psychjatrji i neurologji, jak również najważniejszych wiadomości z antropologji. Dotąd przedmioty te nie są obowiązkowo nauczane, a przecież w tych dziedzinach sędzia winien się dobrze orjentować, jeśli już nie chcemy powiedzieć: winien się znać. Trzeba się zgodzić z tem, że dziedzina prawa karnego i kryminologji odbiega wszechstronnie i coraz bardziej zasadniczo od dziedziny prawnictwa cywilistycznego. To zróżniczkowanie jest bardzo łatwe do uzasadnienia: tam prawda może leżeć tylko w jednem ze sformułowanych, podległych osądowi stanowisk; tutaj obszar poszukiwania prawdy jest daleko szerszy: tak obszerny, jak obszerną jest dziedzina wszechrzeczy ludzkich, tak nieograniczony, jak dziedzina ludzkiego poznania. Z tem się trzeba liczyć. To trzeba umieć widzieć, jeśli się chce mieć należycie, właściwie zorganizowany wymiar sprawiedliwości karnej. Trzeba najważniejsze prawdy i zasady poznania z dziedzin najbardziej h u m a n i s t y c z n y c h umożliwić, udostępnić sędziowskiemu poznaniu, co więcej od ich przyswojenia uzależnić możność objęcia stanowiska sędziowskiego, jeśli ów sędzia ma być naprawdę sobą; jeśli ma istotnie r o z s t r z y g a ć i decydować, jako naprawdę niezawisły, samodzielnie każdą kwestję rozpatrujący n a j w y ż s z y p o z n a w c z o czynnik. Postulat ten spełnić można tylko i wyłącznie, organizując w odmienny, niż dotychczas, sposób nauczania prawa karnego i kryminologji na wyższych uczelniach przez wprowadzenie w pierwszym rzędzie do tego nauczania wyżej wymienionych przedmiotów o charakterze medycznym w zakresie oczywiście nie mogącym się równać zakresowi, wykładanym dla przyszłych lekarzy, nie mniej jednak dającym solidne, zasadnicze podstawy i umożliwiającym ogólną dobrą orjentację w danym przedmiocie. W stosunku do pewnych kategoryj sądowników, gdzie znajomość pewnej dziedziny wiedzy jest koniecznie wskazana i nieodzowna, np. sądownictwa dla nieletnich, sędziów śledczych i t. d., dane przedmioty winny być wykładane w jeszcze szerszym

zakresie i wymogi winny być jeszcze większe, stosowane niekoniecznie w ciągu nauczania zawodowego, lecz wówczas winny być zorganizowane uzupełniające studja nauczania praktycznego i teoretycznego. Jeśli kiedyś to nastąpi, zniknie to, co dziś jest niewątpliwie gorszącym i przeczącym duchowi prawa i zasadzie integralności prawa i sądownictwa karnego objawem: supremacja i suwerenność biegłych, których fachowa znajomość przytłacza poprostu sędziów, powiedzmy poprostu: często wogóle na rzeczach, wymagających specjalnego znawstwa, się nie znających. Zdanie, iż sędzia jest najwyższym biegłym, dziś mocno trącące mistycyzmem i transcendentalnością, a zgryźliwie trawestowane, iż „biegły jest najwyższym sędzią", nabierze rumieńców życia i ułoży na przyszłość na należytych podstawach stosunek sędziego do biegłych. Mamy tu oczywiście głównie na myśli biegłych lekarzy, którzy najczęściej w związku z najrozmaitszemi kwestjami na biegłych do sądu są powoływani i będą w przyszłości zapewne powoływani jeszcze częściej. Należyte bowiem medyczne wykształcenie sędziów karnych bynajmniej biegłych z procesu sądowego nie wykluczy. Natomiast owo należyte wykształcenie sądowników karnych w celu przepojenia wymiaru sprawiedliwości karnej większym aniżeli dotychczas teleologizmem i przeświadczeniem o konieczności skuteczności wyników ich pracy będzie można osiągnąć, pozostawiając sądownictwu jego dawną integralną wyłączność, a to przez podniesienie jego poziomu, a nie przez powołanie sędziego eksperta, a mianowicie lekarza sędziego, tak jak to czyni wzmiankowana ustawa włoska o zorganizowaniu sądów dla nieletnich. Biegły pozostanie tylko biegłym: pomocą konieczną i pożyteczną sędziemu dla dobra sprawy i dla ułatwienia mu gnostycznej orjentacji w materjale sprawy. Ale sędzia nie będzie odtąd zdany na jego łaskę i niełaskę, nie będzie poprostu uzależniony bezwzględnie i niewolniczo od opinji biegłego tak, jak to dziś ma często miejsce (choćby przykładowo w dziedzinie psychjatrji). Sędzia będzie mógł w każdym stanie rzeczy biegłego skontrolować na podstawie własnych wiadomości, które nie zastąpić, ale tylko uzupełnić, procesowo niejako udoskonalić ma stanowisko biegłego w ramach sądownictwa naprawdę integralnego, o które walczymy. Zachowując biegłemu właściwe miejsce (znów zaznaczamy, że mamy tu przeważnie na myśli biegłych lekarzy, z którymi w sądzie przedewszystkiem i tak często mamy do czynienia), pozostawiamy także właściwe miejsce sędziemu, który w tych warunkach słusznie może być za najwyższego biegłego uważanym, a powiedzenie takie będzie miało naprawdę większą wartość, aniżeli pusty frazes. W ten sposób, drogą racjonalnego podziału pracy w dziedzinie wymiaru sprawiedliwości karnej, drogą przejęcia do wewnątrz samego sądownictwa tego podejścia do rzeczy, które dotąd

widzieliśmy i zazdrościliśmy u lekarzy, drogą udoskonalenia wewnętrznego sędziego, jako najwyższego, wyłącznego, samodzielnego i nietylko „niezawisłego", ale i pod każdym względem niezależnego czynnika, drogą uczynienia z tegoż sędziego „lekarza", — mówiąc w przybliżeniu i nieco w przenośni, pragnęlibyśmy widzieć sądownictwo karne ukształtowane w nowy, zasadniczy sposób według starej koncepcji, powołującej wyłącznie sędziego do wymierzania sprawiedliwości nietylko przez wymierzenie kar, ale i w pierwszym rzędzie przez stosowanie w ich granicach dzięki należytemu podejściu do rzeczy metod terapeutycznych, służących dla dobra społeczeństwa i jednostki podsądnej. Takie ujęcie rzeczy, takie rygorystyczne postawienie wymogów samemu sądownictwu, stawiając je na nowym, wyższym, zgoła innym, aniżeli dzisiaj, poziomie, uczyni zeń prawdziwy ośrodek studjów i poznania człowieka przestępnego dzięki posiadaniu wiadomości, dotyczących i umożliwiających całkowite to poznanie, co stawia nas już nietylko funkcjonalnie, ale i w rzeczywistości w istotnej, rzeczowej łączności ze światem wiedzy medycznej, na swój sposób dążącej do udoskonalenia świata rzeczy ludzkich, a takie postawienie sprawy nie będzie wymagało ryzykownych i zdaniem naszem, niebezpiecznych konstrukcyj, jakiemi ostatnio posiłkował się ustawodawca włoski.

I. ŚLIWOWSKI.

MÉDECIN JUGE, OU JUGE MÉDECIN?

Résumé.

L'auteur analyse l'article 2 de l'Ordonnance Royale Italienne du 28 Juillet 1934 dans la matière des tribunaux pour les mineurs. L'attention de l'auteur est spécialement dirigée sur la composition de ce tribunal, qui notamment se compose d'un conseiller de la Cour d'Appel, d'un juge sociale choisi parmis les spécialistes dans le domaine de la biologie, de la psychiatrie, de l'anthropologie criminelle et de la pédagogique. L'auteur souligne que nous rencontrons ici la réalisation de la conception du juge expert laquelle était discutée au cours des débats du 3-me Congrès International du Droit Pénal à Palerme en 1933.

Cette conception était spécialement propagée par les juristes italiens (Le Président du Senat Mr. D'Amelio). Outre le jury et l'échevinage cette conception réprésente une forme de la justice criminelle basée

non seulement sur le verdict des juristes fonctionnant comme juges, mais aussi sur le fait que dans la formation du jugement d'autres magistrats prennent part n'étaient point juristes. Il va sans dire que sous le nom d'un citoyen bien mérité dans la matière de l'assistance sociale etc. la législature italienne comprend un médecin spécialiste. La question se pose alors comment traiter du point de vue theorique ce médecin, qui dès maintenant doit prendre part non point comme un expert, mais comme un juge expert dans la formation du jugement. Selon l'opinion de l'auteur cette nouvelle disposition de la loi témoigne une grande crise, qui se développe au sein de la justice criminelle contemporaine. Le législateur ne croit plus à l'efficacité de la lutte de la justice criminelle classique contre la criminalité. Il lui substitue un juge expert qui quoique n'étant point juriste mais spécialiste dans de certains domaines de la science, s'y connait parfaitement lors que le juge classique juriste s'y connaissait et était condamné à suivre l'opinion de l'expert, qui dans la réalité était parfois non expert mais vrai juge. Afin de combattre le criminalité de la matière la plus efficace le législateur veut finir avec cette fiction de la compétence générale, mais peu approfondie, de cette compétence, qui souvent ne dépasse point les limites de la connaissance de la loi et de la jurisprudence. La nouveauté introduite par le législateur italien peut former seulement le premier pas de l'évolution. Demain c'est dans d'autres domaines, ou la connaissance réelle d'un art ou d'une science spéciale est nécessaire, peuvent surgir des juges experts suivant le model créé par la législature italienne dans la matière des tribunaux pour les mineurs.

L'auteur tâche de comparer les buts communs et les traits caractéristiques communs du juge pénal et du médecin. Il accentue que ce sont les médecins (ou l'idée médicale du traitement individuel), qui ont introduit dans le droit pénal contemporain et dans la justice pénale contemporaine l'idée d'un tel traitement dans le procès pénal. Cette grande idée aussi bien que l'idée de l'humanitarisme appartenaient depuis longtemps au domaine de la science médicale. Cette dernière a pour but la guérison, l'aide portée à l'homme vivant et c'est bien aujourd'hui le but de notre justice criminelle. Le magistrat dont la tâche est si lourde et si belle regardera toujours vers le médecin, qui pendant des recherches soigneuses dans son laboratoire tâche de découvrir des moyens sauver des quantitées d'existences humaines. Le juge pense comment sauver la vie sociale de l'inculpé et son existance sociale-créatrice. Voilà des traits communs. Le jugement se trasforme peu a peu en diagnose. La médecine connait un seul jugement définitif et irrévocable: celui de la mort déjà constatée. Le but éducateur de la peine l'idée de la réadaption sociale, formant sa base, influe d'une manière très forte tant que le terme ancien du verdict, comme

une notion immuable et fixe se transforme de plus en plus dans le terme élastique, vif, humain de la diagnose. A la base de la médecine et de la justice criminelle comme élement du droit pénal figure l'idée du bien social et idividuel et c'est leur trait le plus commun en sens le plus large.

Mais aussi il faut bien souligner les différences des règles, des méthodes et des idées dans chacun de ces domaines. Chacun d'eux possède une vie bien distincte et bien séparée de l'autre. Celle de la médecine n'engloutira jamais celle de la justice criminelle. L'auteur se refère au thèses du professeur E. St. Rappaport dans son article: „Media Via du Code Pénal Polonais", ou l'éminant juriste polonais constate que malgré les efforts des néo-lombrosistes et des positivistes italiens (Mario Carrara) le droit pénal conservera toujours son intégralité et à l'intégralité du droit pénal succède nécessairement l'idée de la magistrature pénale intégrale, l'intégralité qui se manifeste dans l'idée que toutes les questions dans le domaine de la justice criminelle doivent être résolues par le tribunal se composant de juges juristes et seulement de juristes.

Mais-et c'est bien la conclusion de l'auteur-l'exemple italien, quoique contradictoire à la thèse donnée, souligne la nécessité de la spécialisation du juge pénal. Cette spécialisation qui est la condition de l'efficatité de la lutte menée par la justice criminelle contre la criminalité est spécialement nécessaire pour le magistrat pénal dans la matière de la science de la médecine. C'est pourtant l'auteur, qui refuse d'accepter l'idée du médecin juge, pose la question du juge médecin. L'auteur est d'avis qu'on pourrait avec un peu de sens et de bonne volonté obtenir meilleure compétence des juges dans ce domaine en enseignant lors de l'instruction universitaire et postuniversitaire des notions générales dans les cours fondamentaux des sciences médicales de plus importantes. Ces études destinées spécialement aux futurs magistrats pénaux pourraient leur donner la connaissance approfondie de la matière dans laquelle ils s'orientent aujord'hui insuffisament au point qu'il surgit la nécessité d'établir des juges experts non juristes.

STRESZCZENIA.

Prof. Dr. PAUL DITTRICH.

DER KINDESMORD IN DER ÄRZTLICHEN SACHVERSTÄNDIGEN TÄTIGKEIT.

Mit 50 Abbildungen im Text. Urban-Schwarzenberg 1935. Str. 118.

Znany profesor medycyny sądowej niemieckiego Uniwersytetu w Pradze wydał zwięzłą monografję poświęconą zagadnieniu dzieciobójstwa.

Po szczegółowem przedstawieniu techniki sekcyjnej zwłok noworodka, nieraz odmiennej od zwykłej techniki sekcyjnej zwłok osoby dorosłej, autor omawia prawodawstwo odnoszące się do tego zagadnienia, zastanawia się następnie nad określeniem pojęcia trwania życia dziecka po porodzie, omawia przyczyny śmierci noworodka przed, podczas oraz po porodzie, specjalną uwagę poświęcając tak zwanemu czynnemu dzieciobójstwu, w praktyce zresztą najważniejszemu.

Materjał podany jest zwięźle, rzeczowo i przejrzyście. sposób jego przedstawienia wykazuje duże doświadczenie autora i wieloletnią rutynę pedagogiczną, wobec czego monografja ta przyniesie korzyść nietylko przygodnym obducentom lecz i specjalistom lekarzom sądowym.

Chciałbym teraz pokrótce omówić niektóre działy tego dzieła.

W rozdziale traktującym o odpowiedzialności za dzieciobójstwo autor omawia niestety tylko prawodawstwo niemieckie, austrjackie, czechosłowackie i ich nowsze projekty. Kodeks karny niemiecki uznaje dzieciobójstwo (jako t. zw. zabójstwo uprzywilejowane) tylko w stosunku do dziecka nieślubnego, projekt tego kodeksu rozszerza to pojęcie i na dziecko ślubne; kodeks karny austrjacki uznaje dzieciobójstwo dziecka zarówno ślubnego jak i nieślubnego, za pierwsze wymierzając karę bezterminowego ciężkiego więzienia, za drugie — więzienia terminowego ciężkiego; projekt z r. 1912 nie zawiera już tego podziału. Odpowiedni artykuł Kod. Kar. czechosłowackiego odpowiada w zupełności artykułowi o dzieciobójstwie kodeksu karnego austrjackiego; w projekcie tego kodeksu również nie został uwzględniony podział na dziecko ślubne i nieślubne.

Zastanawiając się nad odpowiedzialnością matki za spowodowanie śmierci płodu (np. spalenie, utopienie) urodzonego żywym, lecz niezdolnego do życia wskutek przedwczesnego porodu np. do 30 tygodni, autor przytacza ciekawe zdania znanego prawnika Gleisspacha, który stoi na stanowisku, że w takich razach matka nie będzie ponosiła żadnej odpowiedzialności (za dzieciobójstwo), gdyż odnośny artykuł K. K. mówi o człowieku wzgl. dziecku jako o objekcie przestępstwa, płód zaś w tym okresie urodzony nie może być podporządkowany pod żadne z tych pojęć.

Mówiąc o ustaleniu, czy noworodek urodził się żywy i oddychał po urodzeniu, autor uwzględnia tylko próby hydrostatyczne, nie wspomina natomiast o marmurkowatości płuc, ważnym dowodzie tego, że noworodek oddychał, pomija również milczeniem mikroskopową próbę płucną; uważam, że w takiej monografji należałoby wspomnieć o przytoczonych próbach. Zdaniem naszem autor poświęcił zbyt mało uwagi znaczeniu zgniecenia główki podczas porodu z punktu widzenia wyjaśnienia zdolności do życia dziecka po porodzie i przyczyny śmierci dziecka.

W końcu książki autor przytacza szereg przykładów wzgl. wzorów protokułów oględzin zwłok noworodków i formułowania orzeczeń w tych przypadkach. Uważam, że wzory proponowane przez autora są zbyt pobieżne i zawierają nieraz

tylko rozpoznanie bez opisu narządów (np. wszystkie narządy blade, płuca powietrzne, żołądek powietrzny — nie przytacza tu autor trybu wykonania prób wodnych i t. d.). Zdaniem naszem przy wykonywaniu oględzin sądowo-lekarskich zwłok należy wymagać, aby lekarz dokładnie opisał objektywnie, co widzi, jaki kolor mają narządy, jaka jest ich spoistość i t. d. W ten sposób inny lekarz, który nie będzie widział objektu, z opisu będzie mógł wnioskować, jakie zmiany zachodziły w opisywanych narządach; dlatego niektóre wzory podane przez autora są dobre dla doświadczonego lekarza sądowego, lecz dla niego nie są one właściwie potrzebne, nie wszystkie natomiast wskazane dla obducenta mało doświadczonego, od którego właśnie należy wymagać dokładnego opisu zmian i narządów.

Powyżej podane uwagi krytyczne nie zmniejszają bynajmniej wartości dzieła Dittricha; monografji tej życzę jaknajwiększego rozpowszechnienia się wśród lekarzy sądowych.

W. Grzywo-Dąbrowski.

Dr. A. SCHLEGAL.

KASTRACJA JAKO ŚRODEK POZBAWIENIA PŁODNOŚCI I ZABEZPIECZENIA SPOŁECZEŃSTWA OD NIEBEZPIECZNYCH PRZESTĘPCÓW PRZECIWKO MORALNOŚCI.

Deut. Med. Woch. 1935 Nr. 15.

Według prawa z 24.XI.1933 r. kastracja jest środkiem prawnym w stosunku do niebezpiecznych przestępców przeciwko moralności i może być zastosowana do winnego zgwalcenia lub do przestępcy, conajmniej dwa razy skazanego na karę od 1 roku za przestępstwo na tle popędu płciowego oraz w wypadkach, gdy okoliczności przemawiają za tem, że jest to niebezpieczny przestępca nawykowy. Również kastracja może być zarządzona w stosunku do przestępcy, który popełnił zabójstwo celem zaspokojenia popędu płciowego.

Autor odróżnia przestępców nawykowych, przestępców o wybitnie wzmożonym popędzie płciowym (często na tle homoseksualnym), wreszcie przestępców upośledzonych psychicznie i starców.

Od listopada 1933 r. autor miał możność obserwować 160 przypadków, w których dokonano kastracji (w szpitalu państwowym w Moabicie). Przeciętnie po 7-iu dniach operowali mogli opuścić łóżko, a po 4-ch tygodniach byli uznani za zdrowych i zdolnych do pracy.

Raz tylko przy operacji musiano stosować przymus; zabiegów z reguły dokonywano przy znieczuleniu miejscowem.

Co się tyczy następstw usunięcia gruczołów płciowych autor stwierdza, że nigdy nie występowało złe samopoczucie lub jakieś zaburzenia natury psychicznej —stan ogólny operowanych był zawsze dobry; duży ich odsetek widział w tym zabiegu środek leczniczy na ich zboczenia i popęd przestępczy, i nieraz wyrażał wdzięczność za dokonanie operacji.

W 90% popęd płciowy zanikał, w pozostałych 10% ulegał osłabieniu. Autor zaznacza, że dalsze wnioski o wpływie kastracji na operowanych będzie można uczynić dopiero po dłuższej obserwacji w warunkach normalnych po opuszczeniu przez nich więzień.

W. D.

GEHRBANDT.

POZBAWIENIE MĘŻCZYZNY ZDOLNOŚCI DO PŁODZENIA.

Deut. Med. Woch. 1935 Nr. 15.

Autor podnosi, że po przecięciu, wzgl. podwiązaniu przewodów nasiennych

jeszcze przez czas pewien istnieje możliwość zapłodnienia, ponieważ w pęcherzykach nasiennych mogą znajdować się żywe plemniki. Jak długo może to trwać — dokładnie nie jest wiadome — przypuszczalnie mogą one tam przetrwać do 6-iu miesięcy.

Wobec tego autor uważa za konieczne celem pozbawienia zdolności do zapłodnienia osobników, u których dokonano podwiązania vas deferens, zastrzyknąć im do pęcherzyków nasiennych przez vas deferens płyn, którytby powodował śmierć plemników, np. rozczyn 1 : 1000 rivanolu w ilości 2 — 20 cm. Odpowiednio zastosowane wstrzyknięcie nie wywołuje żadnych przykrych następstw dla pacjenta; natychmiast potem należy podwiązać vas deferens.

W częstych wypadkach, gdy sterylizacja bywa przeprowadzana wbrew woli mężczyzny, należy nietylko przewiązać vas deferens, ale i usunąć pewną jego część, długości ok. 6 cm. aby przeszkodzić przywróceniu zdolności do zapłodnienia przez dokonanie drugiego zabiegu, usuwającego podwiązkę i przywracającego drożność przewodu nasiennego.

W. D.

STEHR.

ZATRUCIE PERKAINĄ PRZY STOSOWANIU LECZNICZEM.

Sammlung von Vergiftungsfällen. 1931 r.

Perkaina działa znieczulająco 10 razy silniej niż kokaina i 30 razy silniej niż novocaina, jej toksyczne działanie jest 5 — 10 razy silniejsze niż kokainy i 50 — 100 razy niż novokainy.

Stosowano rozczyn 1 : 1000 z dodatkiem adrenaliny, w ilości 10 do 120 cm. średnio 40 — 60 cm^3. Ogólna ilość przypadków wynosiła 57, z tych w 44-ch były dokonane większe i w 13-tu — mniejsze zabiegi operacyjne. Działanie znieczulające występowało później, niż przy novokainie, lecz utrzymywało się kilka godzin dłużej.

Jako następstwo zastrzykiwania perkainy w 4-ch przypadkach wystąpiła martwica skóry.

W. D.

SCHLOSSMAN.

ŚMIERTELNE ZATRUCIE NOVOKAINĄ i NOVOKAINO-PERKAINĄ PRZY STOSOWANIU LECZNICZEM.

Sammlung von Vergiftungsfällen. 1931 r.

1. 20-letniej kobiecie, chorej na gruźlicę płuc, miano wykonać torakoplastykę i celem znieczulenia zastrzyknięto 160 — 180 cm. 1% novokainy ze zwykłym dodatkiem adrenaliny. Już w końcu zastrzyknięcia nagle wystąpiła utrata przytomności, drgawki, niemiarowość tętna, a po 20 minutach zatrzymanie się oddechu i śmierć po jednej godzinie. W okresie głębokiej zapaści w odstępach 10—15 sekund wystąpiły drgawkowe skurcze całego ciała.

2. 43-letniej kobiecie celem dokonania obustronnej herniotomji zastrzyknięto 50 cm 1% i 50 cm. 0,5% rozczynu novokainy z dodatkiem adrenaliny i 50 cm. 0,5% perkainy; mniejwięcej po 30 minutach przy końcu operacji wystąpiły drgawkowe skurcze mięśni, sinica, zatrzymanie oddechu i śmierć po kilku minutach.

Autor tłomaczy te zgony podaniem zadużej ilości środków znieczulających i to w zbyt stężonych rozczynach.

W. D.

FREUND.

ZATRUCIE PERKAINĄ PRZY STOSOWANIU LECZNICZEM.

Sammlung von Vergiftungsfällen. 1931 r.

Celem wykonania operacji plastycznej na wardze u 21-letniej kobiety dokonano znieczulenia miejscowego zapomocą rozczynu perkainy 1 : 2000 z adrenaliną w ilości 100 cm. co chora dobrze zniosła.

Po 5 tygodniach dokonano powtórnego zabiegu i zastosowano rozczyn perkainy 1 : 1000 bez adrenaliny w ilości 130 cm. to znaczy 0,13 gr. perkainy. W 10 minut potem wystąpiła zapaść, drgawki kloniczne, sinica, osłabienie tętna, zaburzenia w oddychaniu i zgon po 45 minutach.

Autor uważa, że do zatrucia przyczyniło się niezastosowanie adrenaliny i stąd szybsza resorbcja trucizny do organizmu.

Dawkę śmiertelną perkainy autor oblicza w ilości 0,01 gr. na kilo wagi, przy wadze chorej 54 kg. w tym przypadku wynosiłaby ona 0.14 gr. stąd — 0,13 gr. otrzymanych przez pacjentkę wydaje się nieszkodliwe; jako maksymalną dawkę leczniczą autor przyjmuje 0,004 gr. pro kilo, stąd dla owej chorej — 0,216 gr. Tłumacząc zgon w tym przypadku autor stwierdza, że albo tak obliczona dawka maksymalna jest zaduża, lub czasami występuje specjalna wrażliwość niektórych osób na perkainę. W danym przypadku sekcyjnie stwierdzono lekką marskość wątroby, słabego stopnia miażdżycę naczyń, zakażenie kiłowe (bez objawów).

W. D.

RIBEIRO.

ZMIANA RYSUNKU LINJI BRODAWKOWYCH NA PALCACH SPOWODOWANE PRZEZ TRĄD.

Deutsche Zeitsch. ges. gericht. Med. Bd. 24.

Badając chorych na trąd, autor zauważył, że pod wpływem tej choroby w 70—80% przypadków występuje całkowita zmiana rysunku linji brodawkowych na palcach; badanie mikroskopowe wycinków skóry tych palców wykazało, że wchodzi tu w grę ucisk brodawek skóry przez naciek drobnokomórkowy, swoisty dla trądu. Autor dodaje, że przy sklerodermji występują również zmiany w obrazie daktyloskopijnym linji brodawkowych; przypuszcza on w związku z tem, że pod wpływem innych chorób również mogą zachodzić podobne zmiany.

W. D.

SCHWAN.

SAMOBÓJSTWA ZŁOŻONE.

Deutsch. Zeit. ges. gericht. Medizin 23 Bd.

Pewien mężczyzna popełnił samobójstwo w następujący sposób: wlazł na sosnę, stojąc wysoko nad ziemią uwiązał sznur do gałęzi, zrobił pętlę, włożył w nią szyję, wypił pewną ilość kwasu siarkowego, który zabrał z sobą we flaszce i zeskoczył na dół; Śmierć nastąpiła wskutek powieszenia się.

W. D.

SCHWAN.

ŚMIERĆ PRZEZ PRZECIĘCIE ART. CAROT. COMMUNIS.

Deutsch. Zeit. ges. gericht. Medizin 23 Bd.

Pewien lekarz weterynarji zapomocą tenotomu nadciął sobie po stronie prawej art. carot. communis, żyła jarzmowa również została przecięta. Na skórze szyi znaleziono niewielką rankę długości ok. 1 cm.; śmierć nastąpiła wskutek krwotoku wewnętrznego.

W. D.

KRONIKA.

Wnioski

uchwalone przez XV Zjazd Psychjatrów Polskich w Gostynienie d. 10.VI.1935 r.

I. *XV Zjazd Psychjatrów Polskich* stwierdzając, że zniesienie szeregu najważniejszych przepisów Ustawy Przeciwalkoholowej spowoduje nieobliczalne straty, uważa za konieczne reaktywowanie zniesionych przepisów Ustawy Przeciwalkoholowej.

II *XV Zjazd Psychjatrów Polskich* zaleca Zarządowi Głównemu Pol. Tow. Psych. zwrócenie się do kompetentnych czynników w sprawie poparcia szkolnictwa specjalnego dla dzieci umysłowo upośledzonych.

III. *XV Zjazd Psychjatrów Polskich* wita z uznaniem rozpoczętą akcję Ministerstwa Sprawiedliwości w kierunku tworzenia specjalnych zakładów leczniczych dla osobników ze zmniejszoną poczytalnością i zwraca się z gorącym apelem do Ministerstwa Sprawiedliwości, ażeby tę doniosłą akcję kontynuowało i nadal w jaknajszerszym zakresie.

IV. *XV Zjazd Psychjatrów Polskich* wita rozwijającą się adneksyjną opiekę pozaszpitalną i podkreśla konieczność dalszej budowy i rozwoju szpitali psychjatrycznych, będących podstawą lecznictwa psychjatrycznego.